

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY

RENEWAL SERVICE

1955-1956

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D^r J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de Médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

D^r ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenten.

NEUVIÈME SÉRIE — TOME PREMIER

SOIXANTE-TROISIÈME ANNÉE

90132

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1905

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie.

DU
DÉLIRE DE LA CONVALESCENCE
DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Par le D^r C. ROUGÉ

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Limoux,
Lauréat de l'Académie de médecine.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES

Le délire est un des symptômes qui accompagnent le plus fréquemment la fièvre typhoïde. Il apparaît, parfois, dès le début de la maladie, manque rarement durant la période d'état, peut apparaître pendant la convalescence et, même, après la guérison de la fièvre typhoïde, toujours sous son influence.

L'importance d'une étude distincte de ce symptôme aux diverses périodes de la maladie a été indiquée, pour

la première fois par MM. Bucquoy et Hanot (1). Cette distinction, disent-ils, n'a rien d'arbitraire, ni d'artificiel, elle permet des considérations pratiques plus saillantes et plus précises.

L'étude des délires initiaux doit intéresser l'aliéniste ; mais elle est indispensable au praticien afin de lui faire éviter des erreurs de diagnostic et, par suite, des internements non justifiés dont il est moralement responsable, mesure grave qui pèse lourdement, durant toute sa vie, sur le malade et sur sa postérité. J'en connais plusieurs exemples. Ces erreurs signalées, d'abord, par Georget, ensuite par Baillarger, ont fait l'objet d'une étude spéciale que j'ai fait paraître dans ce journal (2).

Le délire de la période d'état est du ressort de la médecine ordinaire. Son étude, intéressante au point de vue de la physiologie pathologique, n'a qu'une faible importance pratique. On en trouvera une description très complète dans les mémoires de Maurice Raynaud (3) et de M. Pagliano (4). Durant cette période, le délire est vague, incohérent, hallucinatoire, les idées délirantes ne sont pas systématisées avec la logique et l'apparente lucidité d'esprit que l'on remarque, parfois, à la période initiale. Il est très rare que ce délire prenne la forme d'une psychose et il doit être alors facile à reconnaître. Un de mes malades, receveur des postes dans une petite ville, très intelligent, qui avait joui

(1) *Arch. gén. de méd.*, juillet 1881. Remarques cliniques sur le délire de la fièvre typhoïde, particulièrement le délire de la convalescence.

(2) *Ann. méd. psych.*, mars à juin 1903. Fébricitants délirants, pris pour des aliénés. Recherches sur la température du corps chez les aliénés.

(3) *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, 2 novembre 1877. Des formes du délire dans la fièvre typhoïde.

(4) *Revue de méd.*, juillet et août. Des troubles de l'intelligence dans la fièvre typhoïde.

d'une lucidité parfaite jusqu'au quinzième jour de sa fièvre typhoïde, se figura avoir reçu, ce jour-là, une dépêche lui annonçant sa nomination au bureau de la Bourse de Paris; cette idée ne l'abandonna que lorsque la fièvre le quitta. Or, le premier jour de son délire, on lui présenta des pièces à signer; il les regarda d'un air hébété, sans rien dire, et il fut impossible de lui faire apposer sa signature.

Quant aux troubles mentaux de la convalescence, leur étude nous paraît être plus du domaine de la médecine ordinaire que de celui de l'aliénation mentale. Nous verrons, en effet, que les troubles mentaux de la convalescence des maladies aiguës, considérés actuellement comme des psychoses d'intoxication, s'observent dans les hôpitaux ou dans la clientèle privée plutôt que dans les asiles. Aussi leur connaissance est-elle indispensable au praticien, car le plus grand nombre de ces cas évolue complètement devant lui sans nécessiter l'internement. Par contre, la folie qui survient après la fièvre typhoïde est habituellement traitée dans les asiles.

L'étude distincte des délires de la fièvre typhoïde à chaque période de la maladie est encore justifiée, à mon avis, par d'autres considérations tirées de la pathogénie, du pronostic, des indications thérapeutiques. Un exemple : On peut invoquer l'auto-intoxication ou l'anémie pour expliquer le délire qui survient pendant la convalescence; mais on ne peut attribuer la même origine au délire qui survient après la guérison, alors que tout est rentré dans un état normal. Le pronostic des délires initiaux est autrement grave que celui de la période d'état et, surtout, que celui de la convalescence. Quant aux indications thérapeutiques, elles diffèrent essentiellement suivant les diverses périodes. Faut-il d'avoir fait ces distinctions, il existe dans beaucoup d'observations des lacunes graves, celles relatives surtout à l'époque

d'apparition du délire, qui enlèvent beaucoup de valeur aux déductions émises par leurs auteurs et empêchent de mettre ces observations à profit. M. Marandon de Montyel (1), qui a particulièrement insisté sur la nécessité d'une description particulière des délires de la fièvre typhoïde suivant leur ordre chronologique, a cru devoir désigner par des noms nouveaux ces diverses catégories de délires. Ainsi, il a appelé *pertyphiques* ceux de la période initiale, de la période d'état et de la convalescence, et *posttyphiques* : 1° ceux qui, nés pendant la maladie, poursuivent leurs cours après le rétablissement de l'organisme à l'état normal (*délires posttyphiques immédiats*) ; 2° ceux qui éclatent plus ou moins longtemps après que tout a semblé rentrer dans l'ordre (*délires posttyphiques médiats*).

J'emploierai le moins possible ces dénominations qui ont souvent l'inconvénient d'amener la confusion ; ainsi M. Régis (2), après avoir exposé cette classification, se borne à admettre une folie liée au cours de la dothiéntérie ou folie *pertyphique* et une folie de la convalescence ou folie *posttyphique*. De sorte que le même mot a pour ces deux auteurs une signification différente, la folie posttyphique de l'un étant la folie pertyphique de l'autre.

A l'exemple de quelques auteurs, je considérerai la convalescence comme une période de la fièvre typhoïde (période de réparation) et je décrirai sous le nom de *folie ou délire de la convalescence* les troubles intellectuels qui surviennent durant cette période ainsi que ceux qui ont survécu à la période précédente, me réservant de décrire plus tard sous le nom de *folie consé-*

(1) *Ann. méd. psych.*, 1883. De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la folie.

(2) *Manuel prat. de méd. ment.*, 2^e édition 1892.

cutive les troubles que M. Marandon a désignés du nom de posttyphiques.

La folie de la convalescence et la folie consécutive méritent une description distincte. On comprendra facilement les difficultés que j'ai eu à surmonter pour décrire ces deux groupes séparément si on considère que, le plus souvent, ils ont été confondus par les auteurs sous le nom de folie *consécutive* à la fièvre typhoïde. Ainsi dans les 33 observations de folie consécutive que Chéron a consignées dans sa thèse (1), 23 fois le délire a débuté pendant la convalescence, 5 fois il était la suite de la période fébrile et 5 fois seulement il s'était montré après la guérison de la dothiéntérie.

Je ne m'occuperai, aujourd'hui, que de la folie ou délire de la convalescence.

DÉLIRE OU FOLIE DE LA CONVALESCENCE

Mon intention n'est pas d'étudier à fond toutes les questions relatives à ce délire. Je me suis proposé, seulement, de rassembler un grand nombre d'observations, recueillies avec soin, sans idées préconçues, en ne tenant compte que de celles qui contiennent des détails précis sur l'objet en discussion. Je me suis attaché à faire, avec ces documents, une étude plus complète et surtout plus méthodique des formes mentales que revêt ce délire, de leur fréquence relative, de leur plus ou moins grande importance, principalement au point de vue pronostique, etc.

J'ai recherché particulièrement quel était le rôle respectif de l'hérédité et de la maladie sur la production de ces troubles mentaux, ce qui m'a permis d'émettre à

(1) *Thèse* de Paris 1866. Observations et recherches sur la folie consécutive aux maladies aiguës.

ce sujet une opinion basée sur l'observation des faits quoique en contradiction avec les idées généralement admises, il y a quelques années.

Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, le délire apparaît au déclin de la période fébrile ou pendant la convalescence, alors que la fièvre a cessé, que les malades retrouvent le sommeil, l'appétit et que les troubles mentaux de la première période, s'il en a existé, ont disparu. Tantôt, il est la prolongation du délire de la période précédente. Il doit être bien entendu que nous éliminons de notre cadre les délires dus à un retour ou à une recrudescence de la fièvre (délire fébrile), ainsi que ceux qui sont liés à une complication cérébrale (méningite, etc.). Il ne s'agira ici que des délires d'apparence vésanique.

Pendant la convalescence, les facultés cérébrales, comme les fonctions des autres appareils qui ont été le siège de localisations dothiéntériques, se ressentent généralement de l'ébranlement nerveux occasionné par la maladie, surtout, si elle a été grave et l'intelligence fortement atteinte : « On ne saurait se figurer, à moins
« d'en avoir été soi-même témoin, à quel degré d'abru-
« tissement peut descendre un convalescent de fièvre
« typhoïde ; il m'est arrivé, plusieurs fois, de me de-
« mander en voyant ces gens hébétés, ce masque im-
« mobile, ces lèvres pendantes, si l'idiotie que je cons-
« tatais n'était pas antérieure à la maladie ou si jamais
« ces enfants recouvreraient la plénitude de leurs fa-
« cultés (1). »

Heureusement que ces cas sont assez rares ; mais on observe souvent pendant longtemps et jusqu'à ce que le rétablissement soit complet, un affaiblissement des

(1) Cadet de Gassicourt. *Traité des maladies de l'enfance.*

facultés intellectuelles, principalement de la mémoire, ou, au moins, une grande fatigue intellectuelle, une plus grande difficulté à retenir et à apprendre, parfois aussi, quoique plus rarement, des délires généralement apyrétiques comme les vésanies proprement dites et, comme elles, très fréquemment systématisés, qui sont de véritables cas d'aliénation mentale.

Déjà Esquirol (1814) avait signalé ces délires sous le nom de démence aiguë, comme pouvant survenir à la suite d'une fièvre, d'une hémorragie, etc. Mais il se refusait à les admettre dans le cadre des aliénations mentales, peut-être, parce que leur forme ne pouvait pas se soumettre aux types qu'il avait créés, peut-être aussi, à cause de leur terminaison le plus souvent heureuse et de la rapidité habituelle de leur guérison contrastant avec la longue durée des formes ordinaires de l'aliénation mentale (1).

C'est Max Simon (2) qui, le premier, eut le mérite d'attirer l'attention sur le délire qu'on observe dans la convalescence des maladies aiguës et il s'attacha à prouver, avec observations à l'appui, que ce délire est une des formes de l'aliénation mentale. Cette opinion fut partagée par un grand nombre de médecins distingués : Thore, Trélat, Delasiauve, Baillarger, Sauvet, Marcé, etc., dont nous rapporterons plus loin les observations. Elle était, depuis lors, universellement acceptée.

Dans ces dernières années ces troubles mentaux ont été mieux étudiés ; il serait peut-être plus juste de dire qu'ils ont été étudiés sous l'empire de nouvelles idées médicales, et, par un retour de la fortune, il y a de

(1) Ritti. Art. Stupidité du *Dict. encyc. des sc. méd.*, t. XII, p. 455.

(2) *Journ. des connaissances méd.-chir.*, 1884.

nouveau une tendance marquée, aujourd'hui, à les distinguer des vésanies pures.

Ceci m'amène à dire un mot des théories qui ont cours actuellement sur la pathogénie des maladies mentales : « On peut affirmer, dit Roger (1), que toutes « les affections nerveuses, sauf les maladies familiales « et héréditaires, reconnaissent pour cause une infection ou une intoxication. » Les psychoses dont nous nous occupons seraient dues, notamment, à l'intoxication des éléments nerveux par les toxines microbiennes et les déchets fébriles ; ce seraient « des psychoses par « auto-intoxication ».

Avant d'étudier la symptomatologie des psychoses qui surviennent dans la convalescence de la fièvre typhoïde, nous dirons que les troubles mentaux d'origine toxi-infectieuse présentent entre eux une grande similitude, quelle que soit l'infection qui les détermine. Aussi M. le professeur Ballet (2) conclut-il à la nécessité de les décrire dans un chapitre d'ensemble pour ne pas s'exposer à de fastidieuses répétitions. Nous comprenons cela dans un traité de pathologie mentale ; mais nous verrons bientôt que la folie de la convalescence de la fièvre typhoïde a des droits à une description particulière.

C'est surtout M. Régis qui, dans plusieurs mémoires et thèses de ses élèves, s'est occupé de ces psychoses. « Il résulte, dit-il de tous les travaux, sans exception, « qui ont paru sur la matière, que les psychoses des « auto-intoxications ont une symptomatologie particulière et un type caractéristique (1). »

Les symptômes physiques qu'il énumère sont trop

(1) Roger. *Les maladies infectieuses*, p. 775.

(2) *Traité de pathologie mentale*. Introduction.

(3) *Les psychoses d'auto-intoxication*, 1899.

nombreux pour être bien caractéristiques ; ils sont d'ailleurs un peu spéciaux à chaque catégorie d'infection. L'affaiblissement, l'épuisement, la dénutrition sont les caractéristiques de cet état.

Le type dont parle M. Régis est la confusion mentale dont les symptômes psychiques principaux sont la torpeur, l'obtusion ou confusion mentale, l'amnésie, l'onirisme hallucinatoire. La torpeur est très fréquente. Très souvent, elle va jusqu'à l'hébétéude, la stupeur, la stupidité, c'est-à-dire jusqu'à la suspension des opérations mentales. Le chaos, la confusion des idées est le symptôme prédominant. Le dernier des symptômes est ce que M. Régis appelle l'onirisme, c'est-à-dire « un état d'automatisme cérébral analogue au rêve « mais à un rêve extériorisé » (1). Delasiauve avait déjà insisté sur cet état de rêve qui empêche le malade de s'orienter vis à vis de lui-même et vis à vis du monde extérieur.

M. Régis conclut des considérations qui précèdent que les psychoses d'intoxication sont notablement différentes des vésanies ou folies pures ; elles en diffèrent, dit-il, non seulement par leur nature, leur caractère, leur évolution, leurs lésions pathologiques, mais encore par le milieu où elles évoluent et ce n'est pas à l'asile mais dans les hôpitaux qu'il faut les étudier pour les bien connaître.

Je m'associe complètement aux idées émises par le professeur des maladies mentales de l'Université de Bordeaux. Dans un mémoire déjà cité, m'adressant, comme aujourd'hui, plus particulièrement aux praticiens qu'aux aliénistes, j'ai montré combien il est facile de confondre les délires initiaux de la fièvre typhoïde

(1) Régis. *Le délire onirique des intoxications et des infections*, 1901.

avec les véritables psychoses et indiqué les signes qui permettent d'éviter ces regrettables méprises. J'estime, comme M. Régis, que ce sont encore les praticiens qui doivent s'intéresser, plus que les aliénistes, à l'étude des psychoses d'intoxication et, notamment, à celles qui surviennent pendant la convalescence des maladies infectieuses aiguës, à la tête desquelles se trouve la fièvre typhoïde; et c'est d'autant plus nécessaire que s'il est utile, dans les vraies psychoses, de hâter l'internement du malade, cette mesure devra être ajournée le plus longtemps possible dans les psychoses par intoxication.

Malgré la similitude qui existe dans la symptomatologie de toutes les psychoses d'origine toxi-infectieuse, nous croyons qu'il n'est pas sans intérêt de faire une description à part des troubles mentaux qui surviennent pendant la convalescence de la fièvre typhoïde parce que cette folie a toujours été considérée comme le type des folies liées aux maladies infectieuses aiguës et qu'elle se distingue des autres par la prédominance de certaines formes mentales. Elle a encore, à notre avis, une pathogénie et une physionomie qui lui sont propres.

La pathogénie des troubles cérébraux dans la convalescence de la fièvre typhoïde, rapportée d'abord à l'hyperémie de la substance cérébrale et de ses enveloppes (Forget, Piédagnel), ensuite à l'œdème cérébral (Etoc-Demazy), fut surtout attribuée par Trousseau à l'atonie cérébrale, à l'anémie (Griesinger), à la dénutrition du système nerveux (Béhier). Les idées de Trousseau furent généralement acceptées quoiqu'il fût reconnu que dans la convalescence de certaines maladies aiguës la durée de la maladie fut trop courte et la débilitation consécutive pas assez prononcée pour attribuer à cette cause l'apparition des vésanies.

On peut ajouter que si cette anémie cérébrale était

la seule cause de la folie, celle-ci aurait dû être observée beaucoup plus fréquemment autrefois qu'aujourd'hui. Or les auteurs français qui, les premiers, se sont le plus occupés de la fièvre typhoïde, Louis, Chomel, Forget, ne l'ont observée que fort rarement. En lisant les observations de Louis, recueillies dans le service de Chomel, on voit que ce dernier, sans tomber dans les exagérations de la méthode broussaisienne, faisait encore un fréquent usage de la médecine spoliative, saignées, sangsues, sans oublier une diète rigoureuse.

Il est évident que la théorie de l'auto-infection s'adapte mieux à tous les cas indistinctement de psychoses survenues pendant la convalescence des maladies infectieuses aiguës. Néanmoins, n'oublions pas que dans la plupart des observations de folie de la convalescence dans la fièvre typhoïde terminées par la guérison, l'auteur ne manque jamais d'attribuer cette heureuse terminaison à l'influence du régime tonique et reconstituant. Or, si l'affaiblissement, l'épuisement, la dénutrition sont, comme le dit M. Chaslin, les caractéristiques de la confusion mentale, on voudra bien convenir qu'il est difficile de trouver ces conditions mieux remplies qu'elles ne le sont à la suite d'une maladie qui, par l'intensité et la durée de l'état fébrile, tient la tête des maladies infectieuses aiguës.

Les doctrines médicales ne sont pas comme certaines vérités; elles ne sont pas éternelles. Pour si séduisante que soit la théorie de l'auto-intoxication et malgré la faveur dont elle jouit, nous ne pouvons oublier l'adage du père de la médecine, *naturam morborum curationes ostendunt*. Aussi, nous sommes assez disposé à adopter les idées de Trousseau et de Griesinger sur la pathogénie du délire de la convalescence dans les maladies aiguës. Ce sont celles qui répondent le mieux à la clinique. Les cas assez rares qui paraissent contrarier cette pathogénie

sont dus, peut-être, à des idiosyncrasies ou à une prédisposition soit héréditaire, soit acquise.

DES FORMES MENTALES QUE REVÊT LE DÉLIRE DE LA
CONVALESCENCE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — LEUR
FRÉQUENCE RELATIVE.

Pour Chomel et Littré, ce délire est une espèce de manie qui disparaît quand le malade reprend ses habitudes et ses occupations. Morel (1) avait remarqué une disposition à délirer dans le sens des idées de grandeur qui, d'après lui, est un des caractères les plus significatifs des perturbations mentales survenues à la suite de la fièvre typhoïde. Pour Marcé (2), qui a donné une description très complète de ces troubles vésaniques, ceux-ci se présenteraient sous la forme de démence, de délire maniaque ou lypémaniaque, de monomanie (idées délirantes fixes, souvent de nature ambitieuse) et d'hallucinations. Il reconnaît : « qu'il y a quelque chose de « spécial et de digne d'attention dans l'apparition « d'idées ambitieuses chez les sujets devenus momentanément monomaniacs à la suite de la fièvre « typhoïde ». Pour lui, la lypémanie serait la forme la plus rarement observée.

D'après Delasiauve (3), « ces phénomènes cérébraux « offrent un singulier mélange de torpeur et d'agitation « hallucinatoire qui les ferait ranger à juste titre parmi « les aliénations demi-stupides ». Dans la folie de source typhique, ajoute-t-il plus loin, le phénomène prédominant est l'obtusion mentale.

Chéron (*loc. cit.*), après avoir rapporté un grand

(1) Morel. *Traité des mal. ment.*, 1860.

(2) Marcé. *Traité prat. des mal. ment.*, 1862.

(3) Delasiauve. *Journ. de méd. ment.* T. IV. 1864.

nombre d'observations empruntées à Trélat, Louis, Chomel, Thore, etc., constate aussi que la stupidité ou un état voisin se montre dans un grand nombre de cas. Les conceptions délirantes seraient presque aussi fréquentes. Viendraient, après la manie, les hallucinations, et, bien plus rarement, la lypémanie.

Griesinger (1) et N. Guéneau de Mussy (2) admettent, au contraire, que la lypémanie est la forme la plus fréquente, tandis que Bucquoy et Hanot (*loc. cit.*) croient que c'est le délire ambitieux qu'on observe le plus souvent.

Cullerre (3) et Régis (4) admettent trois formes : 1° la stupeur par hébétude (Cullerre), obtusion intellectuelle ou pseudo-démence (Régis) ; 2° la manie ; 3° la mélancolie. Ils signalent aussi la fréquence d'idées ambitieuses fixes et uniques qu'ils rattachent à la manie subaiguë. Pour ces auteurs, la mélancolie serait la forme la plus fréquente. Pour eux aussi, la caractéristique de ces troubles intellectuels, ce serait de revêtir un cachet démentiel en rapport avec l'état des typhoïdiques pendant la période fébrile.

Ces divergences d'opinion sur la plus ou moins grande fréquence de chacune des formes mentales que revêt le délire de convalescence dans la dothiëntérie, nous paraissent tenir à ce que chaque auteur a conclu d'après sa seule expérience ou d'après les résultats d'un petit nombre d'observations.

Tel était l'état de la question, il y a une douzaine d'années, lorsque la réapparition de la *confusion mentale*, soit comme entité morbide, soit comme syndrome

(1) Griesinger. *Traité des mal. ment.*

(2) N. Guéneau de Mussy. *Clinique méd.* T. III. *Traité théorique et pratique de la fièvre typhoïde.*

(3) Cullerre. *Traité prat. des mal. ment.*, 1900.

(4) Régis. *Manuel prat. de méd. ment.*, 2^e édit. 1892.

important à l'égal de la manie et de la mélancolie, est venue modifier profondément les idées reçues sur la symptomatologie des troubles mentaux consécutifs aux maladies infectieuses, aux intoxications et aux auto-intoxications. Depuis lors, on est revenu aux idées de Delasiauve et il est généralement admis que la *confusion mentale* est la forme habituelle, exclusive même, des psychoses par auto-intoxication et, particulièrement, de celles qui surviennent pendant la convalescence de la fièvre typhoïde.

Le seul moyen de résoudre cette question est, à mon avis, de recueillir le plus grand nombre possible d'observations, après les avoir soumises, bien entendu, à un contrôle sévère : « *numerandæ et perpendendæ observationes* », en notant tous les caractères nécessaires à leur comparaison.

C'est ce que j'ai essayé de faire en réunissant toutes les observations que j'ai pu recueillir, soit quatre-vingt-neuf dont trois personnelles, dans le tableau ci-dessous contenant la forme mentale, l'époque d'apparition du délire, soit pendant la période fébrile (f), soit pendant la convalescence (c), le mode de terminaison, par guérison (g) ou par le passage à l'état chronique (n g), ainsi que le nom de l'auteur et le recueil d'où elles proviennent, afin de permettre à d'autres venant après moi d'ajouter de nouvelles observations en évitant leur confusion et de contrôler mes appréciations.

I. — Trélat (<i>Ann. méd. psych.</i> , 1856). Conception délirante unique.	f. g.
II. — Louis (<i>Rech. anat., path. et therap.</i> , t. II, p. 33). Conception délirante unique.	c. g.
III. — Louis (<i>loc cit.</i> , p. 33). Conception délirante unique.	c. g.
IV. — Trélat (<i>loc. cit.</i>). Perte partielle de la mémoire.	c. g.
V. — Chomel (<i>Leçons de clin. méd.</i>). Agitation maniaque.	c. g.

- VI. — Max Simon (*Journal des con. méd. chir.*, 1844).
Agitation maniaque c. g.
- VII. — Trousseau (*Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*). Agitation maniaque c. g.
- VIII. — Thore (*Ann. méd.-psych.*, 1850). Stupidité c. g.
- IX. — Thore (*loc. cit.*). Stupidité c. g.
- X. — Louis (*loc. cit.*, p. 34). Stupidité g.
- XI. — Louis (*loc. cit.*, p. 35). Pseudo démente g.
- XII. — Marcé (*Traité des malad. ment.*, p. 137).
Pseudo démente c. g.
- XIII. — Delasiauve (*Journ. de méd. ment.*, 1864).
Stupeur c. g.
- XIV. — Max Simon (*loc. cit.*). Conception ambitieuse c. g.
- XV. — Morel (*Traité des mal. ment.*). Conception ambitieuse c. g.
- XVI. — Mugnier (*Thèse de Paris*, 1865). Conception ambitieuse f. g.
- XVII. — Leudet (*Ann. méd.-psych.*, 1850). Conception ambitieuse c. g.
- XVIII. — Abercrombie (*Mal. encéph.*). Hallucinations de la vue c. g.
- XIX. — Thore (*Ann. méd.-psych.*, 1846). Hallucination de la vue et de l'ouïe c. g.
- XX. — Max Simon (*loc. cit.*). Hallucinations de la vue et du goût c. g.
- XXI. — Max Simon (*loc. cit.*). Lypémanie f. g.
- XXII. — Chéron (*Thèse de Paris*; service de Baillarger). Pseudo démente c. g.
- XXIII. — Sauvet (*Ann. méd. psych.*, 1845). Pseudo démente f. g.
- XXIV. — Thore (*Ann. méd.-psych.*, 1850). Confusion mentale avec hallucination de l'ouïe, alternatives d'agitation et de stupidité c. g.
- XXV. — Sauvet (*loc. cit.*). Monomanie ambitieuse f. n. g.
- XXVI. — Thore (*Ann. méd.-psych.*, 1846). Hallucinations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat; illusions de la vue avec agitation maniaque c. mort.
- XXVII. — 29^e obs. de Chéron (*loc. cit.*). D'abord délire religieux, plus tard idées de mariage et affaiblissement intellectuel c. n. g.
- XXVIII. — Chéron (*loc. cit.*; service du Dr Bazin). Hallucinations de la vue, de l'ouïe, du toucher et délire mystique suivis d'affaiblissement intellectuel c. n. g.
- XXIX. — Max Simon (*loc. cit.*). Amnésie, les autres facultés intactes c.

- XXX. — Chéron (*loc. cit.*, service du D^r Delmas).
Paralysie générale c. n. g.
- XXXI. — 1^{re} obs. de Christian (*Arch. gén. de méd.*,
1873). Manie aiguë c. g.
- XXXII. — 2^e obs. du même (*loc. cit.*). Manie aiguë. c. g.
- XXXIII. — 3^e obs. du même (*loc. cit.*). Délire ambi-
tieux avec hallucinations de la vue et de l'ouïe, accès
d'agitation, actes bizarres. c. n. g.
- XXXIV. — 1^{re} obs. de Bucquoy et Hanot (*Arch. gén.*
de méd., 1881). Conception délirante unique. c. g.
- XXXV. — 2^e obs. des mêmes (*loc. cit.*). Délire ambi-
tieux. f. g.
- XXXVI. — 3^e obs. des mêmes (*loc. cit.*). Conception
délirante unique. c. mort.
- XXXVII. — 4^e obs. des mêmes (*loc. cit.*). Conception
délirante unique. c. g.
- XXXVIII. — 5^e obs. des mêmes (*loc. cit.*). Concep-
tion délirante unique. c. g.
- XXXIX. — 6^e obs. des mêmes (*loc. cit.*). Conception
délirante unique. c. g.
- XL. — 7^e obs. des mêmes (*loc. cit.*). Délire des gran-
deurs c. g.
- XLI. — 8^e obs. des mêmes (*loc. cit.*). Conception dé-
lirante unique. c. g.
- XLII. — 9^e obs. des mêmes (*loc. cit.*). Conception dé-
lirante ambitieuse c. g.
- XLIII. — 10^e obs. des mêmes (*loc. cit.*). Conception
délirante ambitieuse c. g.
- XLIV. — N. Guéneau de Mussy (*Clin. méd.*, t. III,
p. 428). Amnésie complète f. g.
- XLV. — Béhier (*Gaz. des hôp.*, 1870, p. 33). Amnésie
complète g.
- XLVI. — Béhier (*loc. cit.*, p. 33). Pseudo démence. f. g.
- XLVII. — Ellis (*Traité de l'al. ment.*, p. 130). Agita-
tion maniaque f. g.
- XLVIII. — Ellis (*Traité de l'al. ment.*, p. 130). Agi-
tation maniaque f. g.
- XLIX. — Herbet (*Thèse de Paris*, 1854). Conception
délirante unique. c. g.
- L. — Baillarger (*Annotation au Traité de Griesinger*,
p. 218). Conception délirante unique. g.
- LI. — Thore (cité par Marcé. *Traité des mal. ment.*,
p. 139). Hallucinations de la vue c. g.
- LII. — Thore (cité par Marcé, *Traité des mal. ment.*,
p. 140). Hallucinations de la vue et de l'ouïe c. g.

- LIII. — Marandon de Montyel (*Ann. méd.-psych.*, 1883, p. 397). Manie aiguë c. n. g.
- LIV. — Voisin (*in Thèse Reddon*, Paris 1882, p. 25).
Lypémanie g.
- LV. — Voisin (*in Thèse Reddon*, p. 39). D'abord, délire de persécutions avec hallucinations de l'ouïe et de l'odorat ; puis délire d'imitation ; ensuite délire érotique et agitation maniaque c. n. g.
- LVI. — Scholz (*in Thèse Reddon*, p. 26). Lypémanie c. g.
- LVII. — Gerbier (*Thèse*, Paris 1877, p. 15). Stupidité f. g.
- LVIII. — Maurice Raynaud (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1877, n° 44, p. 699). Conception ambitieuse c. g.
- LIX. — G. Ballet (*Thèse Saisset*, Paris 1895, p. 48).
Conception ambitieuse c. g.
- LX. — Personnelle. Conception délirante unique c. g.
- LXI. — Personnelle. Pseudo-démence f. g.
- LXII. — Personnelle. Hallucinations de la vue et de l'ouïe c. g.
- LXIII. — Homolle (*Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXVI, p. 680). Pseudo-démence c.
- LXIV. — Homolle (*loc. cit.*, même p.). Perte partielle de la mémoire c.
- LXV. — Castagné (*Montpellier médical*, 1891). Confusion mentale suivie de conception délirante unique c. g.
- LXVI. — Dagonet (*Ann. méd.-psych.*, 1872, p. 363).
Confusion mentale g.
- LXVII. — Dagonet (*Ann. méd.-psych.*, 1872, p. 363).
Confusion mentale g.
- LXVIII. — Weber (*Ann. méd.-psych.*, 1871, t. V, p. 154-155). Délire maniaque c. g.
- LXIX. — Weber (*Ann. méd.-psych.*, t. V, p. 154-155).
Délire maniaque c. g.
- LXX. — Motet (*Union méd.*, 1879, n° 67, p. 952).
Pseudo-démence c. g.
- LXXI. — Morel (*Traité des mal. ment.*, p. 357). Hallucination de la vue f. n. g.
- LXXII. — 1^{re} obs. de Pruvost (*Thèse de Paris*, 1884).
Délire de persécutions et de richesses f. g.
- LXXIII. — 2^e obs. de Pruvost (*loc. cit.*). Hypocondrie, accès de fureur, affaiblissement intellectuel c. n. g.
- LXXIV. — Saisset (*Thèse de Paris*, 1895, p. 37). Confusion mentale f. g.
- LXXV. — Glover (*Thèse de Paris*, 1891, p. 6). Lypémanie f. g.
- LXXVI. — Heuzé (*Thèse de Bordeaux*, 1887, p. 67).
Conception ambitieuse c. g.

LXXVII. — Heuzé (<i>loc. cit.</i> , p. 96). Amnésie complète.	c. n. g.
LXXVIII. — Sollier (<i>Les troubles de la mémoire</i> , 1901, p. 241). Amnésie	c. g.
LXXIX. — Sollier (<i>loc. cit.</i> p. 241). Amnésie.	g.
LXXX. — C.-H. Roger (<i>Les maladies infectieuses</i> , p. 786). Folie du doute.	f.
LXXXI. — Liouville (<i>Ann. méd.-psych.</i> , mai 1879). Délire ambitieux	c.
LXXXII. — Pagliano (<i>Revue de méd.</i> , 1894, n° 7, p. 584). Hallucinations de la vue, suivie de conception ambitieuse	c. g.
LXXXIII. — Pagliano (<i>loc. cit.</i>). Hallucinations de la vue et de l'ouïe avec délire lypémanique.	f. g.
LXXXIV, LXXXV, LXXXVI. — Becquet (<i>Arch. gén. méd.</i> , 1866). Trois cas de manie chez des jeunes gens.	g.
LXXXVII. — Thuet (<i>Thèse de Paris</i> . 1876). Confusion mentale (révasseries, hallucinations), durée deux jours	g.
LXXXVIII. — Letulle (<i>Arch. gén. méd.</i> , 1884). Conception délirante unique, durée deux jours	g.
LXXXIX. — Hannon (<i>Medical Record</i> . 5 déc. 1891). Délire hypocondriaque, durée neuf semaines	c. g.

Les dernières dues à Becquet, Thuet, Letulle et Hannon sont consignées dans le mémoire de M. Pagliano, sans autres renseignements.

TABLEAU RÉCAPITULATIF

Conceptions délirantes uniques de nature variable.	13
— — — — — ambitieuses.	13
Confusion mentale.	18
Hallucinations. Voir aussi les observations XXXIII, LVI, VIII. XXIV. LXV.	11
Manie aiguë.	13
Troubles de la mémoire.	8
Lypémanie	5
Délires polymorphes (Obs. XXVII, LVI, LXXII, LXXIII, XXXIII, LXV).	6
Paralysie générale.	1
Folie du doute	1
Total.	89

A cette énumération on pourrait ajouter un cas de délire des actes (Kleptomanie) observé par Bartels et un cas de folie circulaire (Ball).

Sans être considérable, le nombre d'observations que j'ai recueillies me paraît suffisant pour permettre quelques considérations générales sur les troubles mentaux qui peuvent compliquer la convalescence de la fièvre typhoïde.

Je n'ai pas cru devoir adopter l'opinion de Delasiauve et de quelques auteurs récents qui ne voient que la confusion mentale dans toutes ces manifestations délirantes et j'ai conservé la manie et la mélancolie comme formes mentales s'adressant à des états bien déterminés.

Dans ma statistique, le moment d'apparition du délire a été noté 76 fois : 18 fois, seulement, il provenait de la période fébrile, tandis qu'il s'est montré 58 fois pendant la convalescence. Elle confirme l'opinion de Morel et de Marcé sur la grande fréquence des conceptions délirantes fixes, surtout de nature ambitieuse. A mon avis, c'est cette forme mentale, certainement plus fréquente que ne l'indique la statistique, qui caractérise le mieux le délire de la convalescence de la fièvre typhoïde et qui le distingue le mieux de celui des autres maladies infectieuses aiguës.

La confusion mentale dans laquelle j'ai compris les états de stupeur, de stupidité, de stupeur mélancolique, de démence aiguë, s'observe aussi très fréquemment, mais pas aussi fréquemment, à mon humble avis, qu'on est généralement porté à le croire, au moins, au point de constituer toute la maladie mentale. Parmi les observations de conceptions délirantes, par exemple, nous en trouverons plusieurs où le délire est nettement systématisé sur un sujet limité, sans la moindre confusion dans les idées et coïncidant, sur tout le reste, avec une lucidité parfaite. Il est évident que dans ces cas le délire est incompatible avec la confusion mentale.

Je n'irai pas, néanmoins, jusqu'à nier que dans la plupart de ces conceptions délirantes il n'y ait un fond

de démence superficielle et passagère, un léger degré d'affaiblissement des facultés qui empêche le malade de se rendre compte de l'absurdité de son idée. Mais ce n'est pas là la confusion mentale telle qu'on l'entend généralement et telle qu'elle a été définie par M. Chaslin.

Contrairement à ce qu'ont avancé plusieurs auteurs, la forme maniaque serait assez fréquente, plus fréquente que la forme lypémaniaque qui est assez rare. Il est vrai que plusieurs observations portant l'étiquette de lypémanie étaient manifestement des cas de confusion mentale et que je les ai compris dans cette dernière catégorie.

Pour MM. Bucquoy et Hanot, l'hallucination est rare dans le délire de la convalescence. Le grand nombre de cas où les hallucinations ont été constatées soit isolées, soit associées à d'autres formes mentales, donne un démenti à cette opinion.

Il ressort de ce qui précède que si toutes les formes d'aliénation mentale peuvent se rencontrer dans le délire de la convalescence de la fièvre typhoïde, ce n'est pour plusieurs d'entre elles qu'à titre exceptionnel. Les formes habituelles sont, en première ligne, les conceptions délirantes sur un sujet unique, généralement de nature ambitieuse, les divers états de confusion mentale et les hallucinations. Viennent ensuite par ordre de fréquence la manie, les troubles de la mémoire et la mélancolie. J'ai constaté plusieurs cas où des formes mentales différentes se succèdent chez le même sujet (*délires polymorphes*).

Examinant la question au point de vue clinique, je serais porté à ne former que deux groupes de toutes ces manifestations : le premier comprenant seulement les conceptions délirantes fixes, succédant presque toujours à des fièvres typhoïdes légères ou de moyenne intensité, ayant une durée habituellement courte, une terminaison

toujours heureuse. Dans le second, les troubles mentaux succèdent généralement à une fièvre typhoïde grave, souvent très grave, avec phénomènes cérébraux ; ils revêtent les formes bien caractérisées de l'aliénation mentale (*manie, lypémanie, stupidité, démence*), ont une longue durée, passent parfois à l'état chronique et, parfois aussi, nécessitent l'internement.

Ce délire est-il une complication fréquente dans la convalescence de la fièvre typhoïde ? Si on met en parallèle le petit nombre d'observations rapportées avec l'extrême fréquence de la dothiéntérie, on est naturellement porté à admettre que ce délire est très rare. Mais plusieurs causes doivent empêcher la publication de pareilles observations : du côté du praticien, la rareté des affections mentales qu'il est appelé à soigner et, aussi, le peu d'intérêt qui l'attache à un malade qu'il perdra de vue dès qu'il sera envoyé dans un asile ; pour le médecin d'asile, ce sera la difficulté, souvent l'impossibilité d'avoir des renseignements précis sur l'origine et le début de la maladie mentale, sur la filiation des symptômes, etc. Somme toute, il y a lieu de croire, néanmoins, que la folie de la convalescence, au moins dans ses formes bien caractérisées, est une complication assez rare dans la fièvre typhoïde. Chomel, Louis, N. Guéneau de Mussy, dans leurs traités, n'en signalent que quelques cas rares.

Je vais maintenant relater quelques observations choisies parmi celles qui me paraîtront les plus intéressantes dans chacune des formes mentales observées, ce qui me fournira les éléments de quelques considérations particulières relatives à chacune de ces formes.

(*A suivre.*)

LA

PERSISTANCE DES NEURO-FIBRILLES

DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE (1)

Par le Dr J. DAGONET

Le professeur Ramon y Cajal, a publié, dans les *Bulletins de la Société de Biologie* du 13 décembre 1903 et du 4 mars 1904, une nouvelle méthode de coloration des neuro-fibrilles par l'argent réduit, et il a montré en juin dernier, au laboratoire d'histologie du Collège de France, les résultats remarquables qu'il avait obtenus.

Nous avons essayé sa méthode avec les modifications qu'il a indiquées. Dès le premier essai, nos préparations ont été nettes. Toutefois, la pénétration de l'argent se fait d'une manière inégale et très lente, et il est nécessaire de multiplier les imprégnations et les examens pour obtenir de bons résultats, et cela, surtout, si l'on cherche à colorer nettement les neuro-fibrilles intracellulaires.

Comment se comportent les neuro-fibrilles dans la paralysie générale au milieu des lésions si profondes et si généralisées de tout le système nerveux : vaisseaux en dégénérescence hyaline, fibres à myéline de l'écorce cérébrale en grande partie détruites, présence dans les gaines vasculaires et les méninges de gouttelettes de cérébrine en rapport avec leur disparition (2), cellules

(1) Communication à la *Société de Biologie*, séance du 22 octobre 1904.

(2) J. Dagonet. *Ann. méd. psych.*, 1894.

cérébrales présentant toutes sortes d'altérations (chromatolyse, dégénérescence granulo-graisseuse et pigmentaire, désagrégation moléculaire, atrophie considérable) partout des stases lymphatiques, tissu résorbé et comme déchiqueté; en plus de ces lésions dégénératives, processus inflammatoires, prolifération des cellules endothéliales des gaines adventitielles, hypertrophie des cellules et des fibrilles de névroglie, etc.

Nous avons examiné les cerveaux des trois paralytiques suivants :

B..., trente-six ans, atteinte de paralysie générale depuis deux ans : inconscience complète, attaques épileptiformes fréquentes, syphilis ancienne; décédée par albuminurie (suite de couches) le 11 juin 1904.

S..., âgée de trente-sept ans, entrée à l'Asile à la dernière période de sa maladie, dont le début remontait à deux ans environ : syphilis; escarre au sacrum, gâtisme; embarras de la parole, idées ambitieuses; décédée le 16 juin.

C..., paralytique, homme, âgé de quarante-deux ans : vols aux étalages, démence et idées de richesses, agitation continue; décédé le 11 juillet.

Les résultats de l'examen histologique ont été concordants et nous avons pris de l'écorce cérébrale dans des régions très variées, au niveau du lobe pariétal, circonvolutions centrales, 3^e circonvolution frontale, extrémité du lobe frontal très atrophié, comme dans la région occipitale où les lésions n'étaient pas apparentes. Nous avons examiné de plus l'écorce cérébelleuse, le vermis, le bulbe et la moelle cervicale.

Dans les régions les plus lésées de l'écorce cérébrale comme dans celles qui l'étaient peu, on voyait toujours un enchevêtrement extraordinairement riche de neuro-fibrilles extra-cellulaires, parmi lesquelles se trouvent aussi des fibrilles de névroglie imprégnées par l'argent réduit. Cet enchevêtrement était traversé par de longs faisceaux parallèles de neuro-fibrilles se dirigeant vers

la surface et qui étaient la terminaison périphérique des prolongements des cellules pyramidales. De ces faisceaux se détachaient, à angle droit ou à angle aigu, des neuro-fibrilles qui se confondaient avec le plexus des fibrilles, tandis que dans les cellules elles se mêlaient aux neuro-fibrilles intra-cellulaires ou traversaient directement la cellule pour se diriger vers la base. Les neuro-fibrilles intra-cellulaires se croisent dans le corps de la cellule, contournent le noyau pour former, à droite et à gauche, des faisceaux qui pénètrent dans les dendrites où elles sont séparées par du protoplasma ; le cylindre-axe prend son origine par un cône de neuro-fibrilles qui partent du voisinage du noyau et s'accolent ensuite les unes aux autres. Des neuro-fibrilles intra-cellulaires principales se détachent de petites anastomoses ou neuro-fibrilles secondaires, décrites par Ramon y Cajal, qui font une sorte de réseau intra-cellulaire. A la surface des cellules, on voit aussi des neuro-fibrilles se détacher pour se diriger vers d'autres cellules nerveuses. Dans les cellules cérébrales les plus atrophiées, les fibrilles forment des faisceaux ondulés qui contournent les amas pigmentaires, colorés également en noir par l'argent réduit. Partout les neuro-fibrilles conservaient leur finesse et leur netteté ; elles n'étaient ni granuleuses, ni fragmentées. Dans les cellules géantes du lobule paracentral, les neuro-fibrilles étaient très nombreuses et on voyait un réseau délicat à la surface du noyau. Dans les petites et moyennes cellules pyramidales, elles étaient en très petit nombre, une à deux parfois sur une coupe.

Les neuro-fibrilles intra-cellulaires cérébrales s'imprègnent plus difficilement que celles du cervelet et de la moelle.

Dans le cervelet, on voyait toujours le magnifique réseau de fibres péri-cellulaires volumineuses entourant

le cylindre-axe et les cellules de Purkinje, dont les neuro-fibrilles concentriques au noyau allaient ensuite former de volumineux faisceaux dans les dendrites ramifiés.

Dans la moelle, les neuro-fibrilles se colorent plus nettement encore, et elles donnent aux cellules un aspect alvéolaire dû au fin réseau qu'elles constituent avant de former les faisceaux des dendrites.

En résumé, les neuro-fibrilles persistent dans la paralysie générale et elles présentent les mêmes caractères qu'à l'état normal.

Ce fait remarquable, en quelque sorte paradoxal, a été constaté avec nous par le D^r Azoulay, qui a examiné un grand nombre de nos préparations et qui nous avait fait connaître la méthode du professeur Ramon y Cajal, ainsi que par le D^r Malassez.

Cette persistance des neuro-fibrilles explique certaines rémissions de paralytiques qui, après être restés pendant des mois dans l'hébétéude la plus complète, en sortent parfois brusquement, en retrouvant leurs souvenirs et leur conscience.

A un point de vue général, l'intégrité des neuro-fibrilles que nous constatons ici, alors que les cellules nerveuses sont si altérées — nous avons sur nos préparations constaté les lésions communes et multiples de la paralysie générale à l'aide des méthodes de Weigert et de Nissl — nous montre que la cellule nerveuse n'est pas un centre trophique pour les neuro-fibrilles : les neuro-fibrilles ont leur indépendance vis-à-vis de la cellule, et les objections faites dans ces derniers temps à la théorie des neurones sont fondées.

CRIME ET FOLIE

CHEZ LES HINDOUS ET LES BIRMANS

Par le Dr Émile LAURENT

Nos rêves sont comme le reflet fugitif et incohérent de notre vie, c'est-à-dire de nos préoccupations et de nos désirs. L'homme qui a de mauvais rêves doit se mettre sur ses gardes : de mauvais instincts germent dans son âme.

De même, le crime et la folie sont comme les mauvais rêves des sociétés et ces mauvais rêves sont aussi le reflet confus, mais discernable cependant, de la vie sociale. Le professeur Lacassagne, de Lyon, a dit que les sociétés ont les criminels qu'elles méritent. Il eût pu ajouter qu'elles ont aussi les fous qu'elles méritent.

Grâce à l'obligeance de nos consuls, il m'a été donné de visiter longuement et en détail les asiles d'aliénés et les prisons de Calcutta et de Rangoun. J'ai vu là un grand nombre de criminels et d'aliénés appartenant principalement à deux races. Or, comme chacun sait, les Hindous et les Birmans ont une mentalité essentiellement différente de la nôtre. Il m'a paru curieux de rechercher si les formes de criminalité et de folie qu'on rencontre chez eux diffèrent des formes qu'on rencontre chez les Européens et sont précisément en rapport avec leur mentalité spéciale. Il y a là une intéressante question de psycho-pathologie à élucider. C'est ce que je vais essayer de faire.

I. — CRIMINALITÉ.

La prison indigène de Calcutta est un ensemble de pavillons occupant un espace considérable. Ces pavillons sont largement aérés par des baies non vitrées, mais simplement grillagées. Il n'y a pas de cellules, sauf les cellules d'isolement pour les détenus en punition; tous travaillent. Les cours sont vastes, nombreuses, pourvues de caniveaux où circule sans cesse de l'eau limpide et bordés d'œillets d'Inde.

Les dortoirs sont de vastes salles également bien aérées par de grandes baies non vitrées. Les lits sont constitués simplement par un massif de maçonnerie sur lequel le détenu se couche enveloppé de deux ou trois couvertures.

L'infirmerie est munie de lits en fer, mais sans sommier ni matelas. Elle mérite une mention spéciale, car les malades y sont isolés par catégories, excellente mesure, il n'est pas besoin de le dire. Les malades qui s'y trouvent, lors de mon passage, sont surtout des tuberculeux et des dysentériques. Les lépreux sont soignés dans un établissement à part.

Les détenus reçoivent, comme nourriture, du riz et du curry. Le curry est une sauce spéciale où il entre un nombre considérable d'ingrédients, mais surtout du poivre; on y ajoute des légumes et quelquefois des petits morceaux de viande de mouton; le curry sert de condiment pour manger le riz qui est simplement bouilli dans l'eau. Dans toute l'Inde et la Birmanie on ne mange pas autre chose. Les détenus reçoivent donc en prison la nourriture qu'ils ont l'habitude de manger au dehors. Le riz est servi dans des plats de bois et les repas se font dans les cours, sous des arcades couvertes, qui protègent les prisonniers de la pluie et du soleil.

Le costume se compose d'une veste et d'un pantalon en étoffe grise grossière.

Pour me permettre d'étudier les détenus à mon aise, le superintendant de la prison eut l'obligeance de les faire grouper sur un seul rang dans les cours.

Je n'eus qu'à défiler devant eux.

Chaque détenu avait à la main une pancarte (*Convict's history ticket*), qui est comme sa feuille d'observation et qui renseigne immédiatement sur ses antécédents et le motif de sa ou de ses condamnations et la durée de la peine. De plus, il porte au cou une planchette sur laquelle sont inscrits son numéro d'ordre, la date de sa dernière condamnation et la durée de la peine. De plus, les récidivistes portent au poignet un bracelet de fer muni d'autant de petits anneaux qu'ils ont subi de condamnations.

Je n'ai pas remarqué, parmi ces trois mille criminels, de mauvaises figures, de ces regards fuyants et sinistres, de ces têtes répugnantes et cyniques comme on en voit partout dans les prisons d'Europe. Tous ces malheureux ont un air doux et résigné. Ils prennent une attitude respectueuse quand je passe avec le superintendant; quelques-uns lui adressent des réclamations, lui font des requêtes, mais simplement, posément, sans acrimonie. Je dois reconnaître que j'ai constaté chez un grand nombre d'entre eux des signes manifestes de dégénérescence physique : asymétrie crânienne ou faciale, déformations du crâne dans tous les sens, dents mal implantées, prognathisme, saillie exagérée des os malaires, etc. Toutefois, je n'ai pas vu un seul détenu atteint de strabisme. Or, j'ai visité bien des prisons en Europe; partout j'ai rencontré de ces individus aux yeux torves, *torvi oculi*, que redoutaient les anciens comme néfastes.

Presque tous ces détenus sont des illettrés; la grande

majorité ne savent ni lire ni écrire. Quant à leur intelligence, j'ai dû m'en rapporter à l'appréciation du superintendant de la prison et de son personnel. Or, d'après eux, la moyenne de leur intelligence est égale à la moyenne de l'intelligence de la population de Calcutta. Le plus grand nombre ne parlent et ne comprennent que le bengali. J'en ai interrogé un certain nombre avec l'aide d'un interprète, et leurs réponses m'ont paru suffisantes. J'ai pu poser quelques questions en hindoustani à quelques-uns qui le parlaient. Tous me répondirent assez sensément, mais leurs connaissances sont très bornées et renfermées dans un cercle très étroit. Beaucoup ignorent leur âge et, quand je le leur demande, ils ne peuvent me donner qu'un chiffre approximatif. Ils savent généralement où ils sont nés, connaissent à peu près toutes les grandes villes de l'Inde et de la Birmanie, et savent à peu près de quoi il s'agit quand on leur en parle. Ils savent également que Londres est une grande ville, la capitale des Anglais, que c'est très loin, mais ils ne se rendent pas exactement compte où c'est. Pour eux, c'est la capitale de l'Angleterre, la capitale de leurs maîtres, mais ils n'en savent pas plus. J'en interroge un au hasard :

— Est-ce une grande ville Londres?

— Oui, une très grande ville.

— Comme Calcutta ou Bombay?

— Oui une grande ville comme Calcutta. Je ne connais pas Bombay.

Je m'adresse à un autre :

— Fait-il chaud à Londres?

— Oui.

— Y fait-il froid?

— Oui.

— Comme à Calcutta?

— Oui.

— Est-ce loin de Calcutta?

— Oui.

— Combien faut-il de temps pour y aller?

— Je ne sais pas.

Je m'adresse alors au groupe. Sur une vingtaine il n'y en a que trois ou quatre qui aient une idée approximative de la distance qui sépare Calcutta de Londres.

Beaucoup ne savent pas ce que c'est que la France ou un Français, ni s'il existe une ville qui s'appelle Paris, une autre qui s'appelle Naples. Ils connaissent plutôt Marseille dont ils entendent parler davantage par les matelots.

Je dois ajouter que j'ai posé les mêmes questions dans les rues de Calcutta à des Hindous du peuple : petits commerçants, domestiques, etc. Le cercle de leurs connaissances n'est pas plus étendu. Par conséquent, l'appréciation du superintendant de la prison m'a paru exacte : la moyenne intellectuelle de ses détenus ne diffère guère de la moyenne du peuple de Calcutta ou des autres villes de l'Inde.

Les détenus hindous sont religieux, ceux en particulier qui sont musulmans.

L'Hindou en général, mais plus particulièrement l'Hindou du Bengale et des provinces méridionales, est un être essentiellement doux et craintif. Emprisonné dans le système des castes, il est toujours prêt à la soumission. C'est un esclave-né, incapable qu'il est de faire aucun effort par lui-même ; il subit tous les maîtres avec la même indifférence et le même respect : d'où son avilissement. Sa docilité et sa soumission deviennent de la platitude. Quand je suis arrivé dans l'Inde, la vue de ces êtres si doux et si humbles ne m'inspira d'abord que de la compassion. Puis, comme à tous les voyageurs, leur servilité a fini par m'inspirer du dégoût et du mépris.

Quels genres de crimes ou de délits peuvent bien commettre des êtres chez qui l'énergie fait complètement défaut et chez qui la personnalité est presque éteinte?

Evidemment les crimes de violence ne doivent pas être l'apanage des Hindous. Les meurtres, les rixes, les violences sont choses rares. Aussi il n'y a à la prison de Calcutta qu'un très petit nombre de meurtriers; et aucun de ceux que j'ai vus ne pouvait être considéré comme un professionnel du meurtre; presque tous avaient tué sous l'influence d'une passion surexcitée : jalousie, fanatisme religieux. Il est à noter que la majorité de ces meurtriers étaient des musulmans. L'Islam relève un peu les énergies du pauvre Hindou abruti par les pratiques des religions monstrueuses de l'Inde; il redevient alors un peu un homme et son bras peut s'armer aux heures d'exaltation.

Il y a aussi quelques condamnés pour actes, paroles ou écrits séditieux. Ce sont également presque tous des musulmans. C'est là un crime qui nécessite aussi le déploiement d'une certaine énergie et dont les Hindous sont incapables. La loi anglaise le punit avec une rigueur implacable.

Les attentats à la pudeur sont tout à fait rares. Par contre j'ai vu un certain nombre d'individus — presque tous musulmans — condamnés pour rapt de femmes, ou ce que nous appellerions en Europe détournement de mineures. La loi anglaise punit très sévèrement ce crime, trop sévèrement à mon avis. Ils ne semblent pas tenir compte de ce fait que la morale hindoue est tout à fait différente de la morale anglaise ou européenne. La femme hindoue est considérée par les Hindous eux-mêmes comme une chose de peu de valeur. Son sort est encore de nos jours des plus misérables. En outre, les Hindous, les musulmans comme les autres, prostituent

leurs femmes ou leurs filles avec une facilité étonnante. Un jour je me promenais dans les rues de Madras. Un Hindou m'aborda sous un prétexte quelconque et après des prosternations à n'en plus finir. J'en profitai pour lui demander un renseignement et me faire conduire à un monument que je voulais visiter. Alors, chemin faisant, avec des réticences, des formules de politesse exagérée, il me dit qu'un gentleman comme moi devait aimer les plaisirs et les femmes, que tous les gentlemen comme moi aimaient les plaisirs et les femmes, que tous les gentlemen qui venaient à Madras lui demandaient cela, que je devrais faire comme tous les gentlemen, etc. Comme je l'écoutais, il s'enhardit et m'offrit un *nautchgirl*. Les Anglais appellent *nautchgirl* une séance de danse chez les bayadères. *Girl*, comme chacun sait, veut dire fille en anglais, et *nautch* est un dérivé de l'hindoustani *natchna* (danser) ou *natchevali* (danseuse).

Je répondis à mon Hindou que j'avais vu cela à Delhi et à Lucknow, où sont les meilleures bayadères de l'Inde, et que cela ne m'intéressait plus. Alors il m'offrit la possession d'une jeune fille hindoue. Comme je ne répondais pas, il insista :

— Ce n'est pas une prostituée, gentleman, mais une femme de brahmine, une femme de la caste sacrée.

Je lui ris au nez.

— *Yes, Sahab*, une femme de brahmine.

Finalement je me décidai à le suivre, lui déclarant que je lui donnerais une roupie s'il disait la vérité, et que, dans le cas contraire, non seulement je ne lui donnerais rien, mais que je lui octroierais probablement quelques coups de canne pour m'avoir dérangé inutilement.

Il m'emmena réellement rue des Brahmes et me fit entrer dans une maison d'assez bonne apparence. On me

présenta deux femmes assez jolies, ayant au cou l'amulette caractéristique des femmes mariées et des femmes de la caste sacerdotale. Elles avaient des bracelets aux mains et aux pieds et portaient le voile des femmes hindoues. J'ai pu me convaincre que j'étais bien chez un brahme. Or je pouvais, si je l'avais voulu, prendre une de ces femmes, qui n'avaient pas plus de quinze ou seize ans, pour cinq roupies!

Cette histoire m'avait intéressé. Je déclarai à mon guide que je ne voulais pas de femmes mariées, mais que je voulais une Hindoue d'une extrême jeunesse. Il me conduisit séance tenante dans un autre quartier et on m'offrit pour quatre roupies seulement une fille de neuf ans. Comme je refusais, on me demanda une heure de répit et cette fois on m'offrit une vierge authentique de dix ans pour trente roupies d'abord et ensuite pour vingt roupies.

Dans ces conditions, quel ne doit pas être la surprise d'un Hindou qui se voit condamné de cinq à huit ans de prison pour avoir enlevé une fille ou une fillette!

Mais revenons à la prison de Calcutta et continuons notre revue des détenus.

Beaucoup de pancartes portent la mention : *House-breaking*, bris de maison, autrement dit vol avec effraction. Mais pour qui a vu une maison hindoue, le bris ou effraction n'est pas chose bien difficile ni compliquée.

Quelques détenus sont condamnés pour *dacoity*, c'est-à-dire brigandage ou vol à main armée. Ces brigands hindous ne sont pas bien nombreux et ils n'ont pas l'air bien terrible. Mais il est bon de noter que les Anglais comprennent sous cette rubrique les cas de simple rébellion, comme nous le verrons plus loin à propos des Birmans.

De quel crime alors se sont rendus coupables tous ces malheureux qui peuplent la prison de Calcutta? De

mauvaise vie ou vagabondage, ce que les Anglais appellent *badlivelihood*, d'escroquerie et surtout de vol, et non pas de ces vols audacieux comme il s'en commet tant et trop dans nos capitales européennes, mais de ces vols mesquins et furtifs, j'allais dire craintifs, de menus objets, de sommes d'argent insignifiantes.

Dans le crime, comme dans toute sa vie sociale, l'Hindou est un timide. Il ne dépasse pas les degrés inférieurs de la criminalité : tromperies, petits vols. Il est même à noter que parmi les trois mille détenus enfermés à la prison de Calcutta, il n'en est pas dix qui aient commis des délits quelconques aux dépens des Européens, tant ils leur inspirent de crainte.

Ainsi la criminalité hindoue est bien adéquate à la mentalité hindoue.

Plus encore que l'Hindou la femme hindoue est un être de douceur et d'humilité, abaissée par des siècles de soumission et de servitude.

Il n'y avait à la prison de Calcutta, lors de ma visite, qu'une dizaine de femmes. Isolées dans un quartier spécial, elles ne se livrent à aucun travail, et couchent isolément dans des cellules séparées par de simples grilles. Deux d'entre elles, l'une avait seize ans et l'autre dix-huit, étaient condamnées à dix ans de prison pour avoir empoisonné leur mari. Elles avaient des figures insignifiantes. Quand je m'approchai d'elles pour les interroger, elles s'agenouillèrent en joignant les mains.

— Vous avez empoisonné votre mari ?

— Je ne sais pas.

— Pourquoi l'avez-vous empoisonné ?

— Je ne me rappelle pas.

Impossible d'en tirer autre chose.

Les autres détenues étaient condamnées pour menus larcins.

Comme je l'ai déjà dit, la loi anglaise est implacable pour les criminels hindous et le régime des prisons est des plus durs. Aussi on a installé, à côté de la prison de Calcutta, une école de réforme (*School reform*) où sont renfermés environ trois cents enfants de dix à quinze ans qui ont manifesté de mauvais instincts ou bien ont commis quelque délit,

Cet établissement est construit d'après le même principe que la prison : beaucoup d'air, beaucoup d'eau ; des pavillons isolés, fermés par de simples grillages.

Les dortoirs sont formés de cellules séparées par de simples grilles. C'est évidemment préférable au dortoir commun ; on évite ainsi les actes d'immoralité.

La nourriture consiste en riz avec curry ; une ou deux fois par semaine on donne du poisson et du mouton.

Les lieux d'aisance sont installés d'une façon aussi ingénieuse que primitive. Chaque compartiment se compose d'une cuvette carrée munie d'une longue poignée. Lorsque l'enfant a satisfait ses besoins naturels, il jette dans la cuvette quelques poignées de sable disposé à cet effet, puis un serviteur emporte le tout et le jette dans une fosse qu'on comble tous les deux ou trois jours. La cuvette lavée et nettoyée est ensuite remise en place. Ce système est employé dans toute l'Inde, même dans les hôtels, avec des variantes bien entendu. Dans les hôtels chaque chambre est munie d'une salle de bains qui communique avec l'extérieur, et dans laquelle se trouve une simple chaise percée qui est vidée chaque fois que cela est nécessaire par un serviteur spécialement chargé de cette besogne.

Les enfants de cette école de réforme reçoivent l'instruction de maîtres indigènes, pendant deux ou trois heures par jour. On leur apprend à lire et à écrire en bengali, en hindoustani et en anglais ; on leur apprend aussi un peu à calculer.

De plus, on leur enseigne un état et tous travaillent. C'est obligatoire. En général, me dit le directeur de l'établissement, ils travaillent assez volontiers et sans trop se faire prier. Quelques-uns arrivent à exécuter des travaux de menuiserie assez réussis. J'en ai vu qui composaient des prospectus ou des entêtes de lettres en anglais et en hindoustani.

En général ces enfants ont de bonnes figures, douces, gracieuses même. Mais, comme à la prison, j'ai constaté qu'un assez grand nombre présentaient des symptômes de dégénérescence physique, en particulier des déformations du crâne aussi curieuses que variées.

A part quelques heureuses exceptions, la moyenne de l'intelligence de ces enfants est peu élevée. Ce sont, en somme, pour la plupart, des dégénérés au point de vue physique comme au point de vue psychique. Le directeur me faisait observer qu'un assez grand nombre d'entre eux, et ils sont parmi les moins intelligents, sont issus d'Européens et de femmes indigènes, le plus souvent des prostituées, ou bien d'Eurasiens et de femmes indigènes.

J'ai cependant pu observer un assez grand nombre d'Eurasiens (1) pendant mon séjour dans l'Inde. Ils m'ont paru presque toujours supérieurs intellectuellement aux Hindous. Je ne possède pas de renseignements sur leur moralité, mais je doute qu'elle soit inférieure à celle des Hindous, bien que j'aie fréquemment observé un grand nombre d'Eurasiennes parmi les prostituées. Ce dernier fait pourrait servir à expliquer la présence à l'école de réforme d'Eurasiens dégénérés dans une assez grande proportion.

Quittons Calcutta et transportons-nous maintenant à la prison de Rangoun, en Birmanie. C'est un vaste édi-

(1) On appelle Eurasiens les métis d'Hindous et d'Européens.

fice, bien compris, avec la disposition moderne des bâtiments rayonnants séparés par des cours. Il est aménagé pour recevoir trois mille détenus et, lors de ma visite, il était à peu près rempli.

Le régime y est encore plus dur qu'à la prison de Calcutta. Il n'y a pas non plus de cellules, ou très peu et ne servant que pour ceux qui sont punis. Tous les détenus travaillent, même ceux qui subissent une punition dans une cellule d'isolement. C'est le *hard labour*, le travail forcé, car chaque détenu doit fournir chaque jour, sous peine de châtiment, une somme de travail déterminé. Les uns tournent des moulins et fabriquent de l'huile de coco, d'autres cardent du coton. D'autres travaillent en commun à différentes industries. Les plus habiles fabriquent des meubles en bois de tec, quelquefois très artistiquement sculptés et qu'on vend dans un magasin installé vis-à-vis l'entrée de la prison. D'autres sont occupés dehors à de gros et pénibles travaux. Enfin, il est une industrie très spéciale à laquelle on occupe tous les détenus qui sont incapables de se livrer à un autre travail plus rémunérateur et qu'on pourrait introduire dans nos prisons. M. Jules Claine, consul de France à Rangoun, a déjà attiré l'attention là-dessus. Je veux parler du décorticage des fibres de l'écorce des noix de coco. La matière première est d'une valeur insignifiante ou nulle et les navires pourraient en rapporter en France comme fret à des prix très peu élevés. Comme préparation il suffit de faire tremper l'écorce pendant quelques jours dans l'eau.

L'outillage est des moins compliqués : il suffit d'un maillet avec lequel le détenu frappe sur l'écorce appuyée sur un morceau de bois ou sur une pierre. La fibre se détache ainsi facilement de l'écorce et devient utilisable pour une foule d'usages : fabrication de brosses, de nattes, de matelas, etc. Une femme, un enfant, un

vieillard peuvent faire ce travail insuffisamment rémunérateur pour être exécuté en dehors des prisons. C'est là une idée émise par M. Jules Claine, et qui me paraît aussi pratique qu'ingénieuse, et je renvoie ceux que la question intéresse à son rapport.

La prison de Rangoun est aménagée à peu près comme celle de Calcutta : dortoirs, infirmerie, cellules spéciales pour les récalcitrants. Le régime est également à peu près le même : du riz avec une portion de sauce au curry.

Mais, comme je l'ai déjà dit, les détenus y sont encore plus durement traités qu'à Calcutta. Ils sont presque tous ferrés et souvent ils sont enchaînés deux à deux. Outre la cellule, il y a un autre genre de punition : les coups de rotin. C'est un supplice terrible, et auquel la justice anglaise, implacable, a assez souvent recours. Chaque coup de rotin fait sur la peau une plaie qui laisse une cicatrice indélébile. Enfin, dans une cour à l'écart, on m'a montré une plate-forme où ont lieu les exécutions capitales. On pend le coupable et le corps tombe dans une trappe qui s'ouvre sous lui. Ces exécutions ont l'avantage sur les nôtres de se faire sans bruit et en présence seulement de quelques personnes.

Comme à Calcutta, un grand nombre de détenus birman ont défilé devant moi, munis de leur pancarte ou feuille d'observation. J'ai pu les examiner tout à mon aise et aussi les interroger.

Je n'ai pas non plus remarqué parmi eux de mauvaises figures, de têtes sinistres. Pourtant, malgré leur attitude respectueuse, j'ai cru remarquer dans leurs regards moins d'humilité et de soumission que dans les regards des Hindous. Quelques-uns même avaient le regard fuyant et peu sympathique. Il en est qui ont les cuisses complètement tatouées. Ces tatouages, tous

semblables, scrupuleusement composés de lignes et d'arabesques, forment une sorte de culotte d'un effet très curieux. Mais ces tatouages ne sont pas spéciaux aux détenus, je les ai remarqués chez bien d'autres Birmans, dans les rues de Rangoun et de Mandalay.

Comme chez les détenus hindous, j'ai constaté, chez les détenus birmans, de nombreux stigmates de dégénérescence physique, et en particulier des déformations craniennes très accentuées. Je me rappelle en avoir vu un dont la figure était asymétrique et le crâne déformé d'une façon absolument bizarre. C'était un récidiviste d'intelligence moyenne, se conduisant bien en prison et travaillant avec assez d'habileté. Ici encore je n'ai pu rencontrer un seul cas de strabisme.

Presque tous ces détenus sont, comme les Hindous de Calcutta, des illettrés, ne sachant ni lire ni écrire. Pourtant le niveau de leur intelligence m'a paru plus élevé; ils sont meilleurs ouvriers et, comme je l'ai dit, arrivent à fabriquer des meubles en bois de tec ornés de sculptures qui ont un véritable caractère artistique. La majorité d'entre eux ne parlent que le birman; quelques-uns comprennent un peu l'hindoustani et l'anglais.

Le Birman est, à presque tous les points de vue, essentiellement différent de l'Hindou. Celui-ci, dravidien ou aryen plus ou moins pur, a le faciès européen; il est notre ancêtre; le Birman se rapproche beaucoup plus du type mongol: pommettes saillantes, yeux légèrement bridés; c'est presque un jaune. Du reste, il parle une langue presque monosyllabique. Il est doux et pacifique, accueillant et hospitalier, mais il n'a ni la platitude ni la servilité de l'Hindou. Il ne se prosterne pas comme lui à tout propos et ne tend pas aussi facilement la main pour mendier. Il est vrai qu'il est moins misérable. La femme birmane non plus n'est pas mé-

prisee comme la femme hindoue : son sort est bien meilleur, car elle est presque l'égale de son mari (1). L'Hindou supporte le jong anglais avec une suprême indifférence ; le Birman le subit et, dans une certaine mesure, il en souffre. Nombre de Birmans rêvent encore d'indépendance, et ils croient qu'un jour ou l'autre la grosse cloche de la pagode Shive Dagoon sonnera pour leur en annoncer l'heure.

Cette différence de mentalité doit naturellement avoir sa répercussion sur les formes de la criminalité.

Les voleurs, les escrocs forment encore la grande majorité de la population de la prison de Rangoun. Mais on compte parmi eux plus de meurtriers. Les *dacoits* sont également nombreux. Il est vrai que, sous ce qualificatif de *dacoits*, la loi anglaise comprend tous les individus convaincus ou simplement soupçonnés de rébellion. Après la conquête anglaise, la Birmanie fut agitée par de véritables bandits qui avaient déjà fait parler d'eux sous le gouvernement birman. Ces *dacoits* en imposaient aux pays qui les cachaient et parfois se joignaient à eux. Des villages vivaient ainsi de rapines et l'on voyait des gens, incorporés pour les réduire, faire chorus avec eux. Cette piraterie ayant revêtu le caractère d'une œuvre politique et patriotique, elle rendit la tâche plus dure aux nouveaux maîtres. C'est ainsi que des princes eux-mêmes ne craignirent pas de se mettre à la tête du mouvement. Plusieurs chefs payèrent de leur vie ce zèle tardif ; les autres expient dans les prisons le crime d'être de fervents patriotes et d'avoir cherché à sauver la liberté de leur pays contre l'occupation anglaise.

Il y a aussi à la prison de Rangoun quelques indivi-

(1) Voyez à ce sujet mon article sur « la femme birmane » dans les *Archives de l'anthropologie criminelle* du 15 novembre 1903.

des condamnés pour rapt de filles, et condamnés à des peines variant de trois à cinq années de prison. Pas plus que pour les Hindous, la morale anglaise ne devrait être appliquée aux Birmans dans ces cas. En Birmanie le mariage est à peu près libre. Un garçon et une fille se plaisent ; ils s'en vont ensemble et tout est dit : ils sont mariés. C'est ainsi que cela se passe dans la majorité des cas. Or, voici un individu qui enlève une fille de douze à quinze ans. S'il n'y a pas de plainte de part ou d'autre, ils sont mariés ; mais s'il y a plainte et si la fille a moins de seize ans, la loi anglaise intervient et frappe avec une brutalité inexorable.

Il n'y a à la prison de Rangoun que douze ou quinze femmes condamnées pour vol. J'avais déjà été frappé à Calcutta par le chiffre peu élevé de la criminalité féminine. Il est certain que la femme birmane, comme la femme hindoue, est particulièrement douce et timide, rarement emportée, par conséquent peu exposée au délit et au crime. Je n'en fus pas moins surpris d'en voir un aussi petit nombre dans les prisons. Il y a à cela une autre cause que quelqu'un, au courant de la question, a bien voulu me donner. Comme nous l'avons vu, dans les prisons, tous les détenus travaillent ; ainsi, ils ne coûtent rien au gouvernement anglais ; souvent même ils lui rapportent. Or, il est impossible de tirer un travail sérieux de la femme birmane et encore moins de la femme hindoue. Leur réclusion devient partant coûteuse. Aussi, on ne les condamne à la prison que quand on ne peut faire autrement ; on se borne à leur infliger des amendes dans l'espérance qu'il se trouvera toujours un parent ou un mari pour les payer. Toujours pratiques les Anglais, mais peu scrupuleux sur les moyens.

II. — FOLIE.

Il y a peu d'aliénés aux Indes aussi bien qu'en Birmanie. Le Lunatic asylum de Calcutta n'en contient que trois cents et celui de Rangoun guère plus.

C'est encore dans la mentalité spéciale de ces peuples et dans leur genre de vie qu'il faut chercher l'explication de cette faible proportion des cas de folie.

L'Hindou est apathique ; il réagit peu et partant devient peu accessible aux émotions. Il reste froid devant le chagrin comme devant la joie. Les émotions déprimantes en particulier n'ont guère de prise sur lui, ou du moins leur action n'est guère durable. Nul mieux que lui ne pourrait s'appliquer la parole de sombre désespérance de l'Ecclésiaste :

« Quel avantage a l'homme de tout le travail qu'il fait sous le soleil ? »

« J'ai dit touchant le ris : il est insensé, et touchant la joie : de quoi sert-elle ? »

Cette apathie dépressive met l'Hindou à l'abri de toutes les causes qui exaltent, irritent et détraquent nos cerveaux européens et partant de la folie consécutive ; un instrument qui ne résonne plus ne saurait rendre des notes fausses.

Le Birman a plus de caractère, plus d'énergie, il est plus accessible aux passions et aux émotions. Il réagit plus vivement que l'Hindou parce qu'il sent mieux. Mais il est bouddhiste et ses moines ou pongies lui enseignent que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, que la sagesse consiste à aspirer au nirvana, c'est-à-dire à l'évanouissement de l'individualité dans le néant ; lui aussi peut dire avec l'Ecclésiaste :

« J'ai regardé tout ce qui se faisait sous le soleil, et voilà : tout est vanité et tourment d'esprit.

« C'est pourquoi j'estime plus les morts qui sont déjà morts que les vivants qui sont encore en vie. »

Quelles formes d'aliénation peuvent présenter des êtres doués d'une pareille mentalité? C'est ce que j'ai recherché dans les asiles d'aliénés de Calcutta et de Rangoun.

Au point de vue de l'installation, ces deux établissements sont fort bien compris. Ils sont divisés en pavillons bien aérés et, comme ceux des prisons, simplement grillagés, disséminés au milieu de vastes jardins. Les malades y vivent en commun dans la journée; le soir ils couchent également en commun dans des dortoirs, ayant, à la mode du pays, pour lits, des couvertures ou des nattes. Des cellules simplement fermées par une grille sont réservées pour les aliénés dangereux ou excités.

Voyons maintenant les malades eux-mêmes.

L'asile d'aliénés de Calcutta contient surtout des mélancoliques, hommes et femmes. Leur mélancolie ne diffère guère de celle des Européens, sauf que les périodes d'excitation sont beaucoup plus rares et beaucoup plus courtes. La manie se rencontre également avec une certaine fréquence. J'y ai vu aussi un assez grand nombre d'hommes et de femmes relativement jeunes en démence.

Ces formes d'aliénation sont bien celles que peut produire le cerveau d'un Hindou. Ce soumis, cet esclave depuis des siècles, quand son esprit sombre, est surtout la proie des folies dépressives, des folies qui sont une diminution de la personnalité. De plus, son intelligence se désagrège rapidement et il aboutit à une démence précoce.

J'ai bien vu quelques cas de délire religieux, mais je pourrais dire un délire sans éclat et terre à terre. Il est comme le reflet des préoccupations religieuses de l'Hin-

don, car ces préoccupations tiennent une place importante dans sa vie. Il est rare qu'un Hindou se croie prophète, fils ou descendant de Brahma. Du reste on n'a pas pu me montrer un seul cas de mégalomanie. L'Hindou est trop humble, trop humilié, trop prosterné pour avoir des idées de grandeur même quand il devient fou. Il est plutôt préoccupé par des scrupules religieux, par la crainte de fautes imaginaires ou non, troublé par l'effroi des dieux ou des mauvais esprits.

Un pauvre diable se prosterne dans la poussière à mon approche, puis il lève les bras en gémissant comme s'il demandait grâce. Il est à l'asile depuis deux ans, refusant souvent de manger, presque toujours prostré. Or, voici l'origine de son délire. Il était allé à Muttra ou Mathoura, pour se laver de ses péchés dans les eaux saintes de la Jumna. Muttra est une ville sainte des Hindous ; ses eaux ont une vertu purificatrice supérieure à celle de la sainte mère Ganga, et on dit qu'un jour passé à Muttra est plus méritoire pour un pèlerin qu'une année passée à Bénarès, la métropole vénérée du brahmanisme. Or, cet individu s'imagina que pendant son séjour à Muttra il avait, un matin, au soleil levant, en remontant des ghats au quai pour aller se prosterner dans les temples et adorer les Linghams sacrés, marché sur l'ombre d'un brahme. C'est un crime très grave. Il revint à Calcutta persécuté par cette idée ; il donna tout ce qu'il possédait aux brahmes pour se faire pardonner son crime, puis il tomba dans la prostration, restant des journées entières prosterné devant les images des dieux, couvert de poussière et de bouse de vache. On dut l'interner.

Du reste, cet individu diffère peu comme mentalité des fakirs de l'Inde. Ceux-ci n'ont conservé de la vie sociale qu'un besoin qu'ils satisfont comme ils peuvent : la faim. En dehors de cela ils vivent dans la prostration

la plus complète. J'en ai vu un assez grand nombre à Benarès et à Muttra, entièrement nus, vêtus d'un simple suspensoir tout au plus, le corps couvert de bouse de vache desséchée, ce qui leur donne l'aspect de lépreux ; il restent des heures entières sur les ghats, debout sur un pied, comme les ibis roses au milieu des lacs égyptiens, à regarder le soleil levant, murmurant du bout des lèvres de vagues paroles, prières d'humilité ou de détresse. Ou bien on les voit accroupis sur les parvis des temples, immobiles toujours, la barbe et les cheveux hirsutes, mangeant avidement quelques poignées de riz dues à la générosité d'un Hindou.

J'ai vu des derviches hurleurs à Constantinople, des derviches tourneurs à Smyrne, des aïssaouahs à Constantine. Ceux-là aussi sont aux frontières de la folie. Mais c'est une véritable exaltation religieuse, un fanatisme farouche qui en font des êtres excessivement dangereux quand ils sont entraînés par un émir. Quand ils versent dans la folie proprement dite, leur délire est turbulent et coloré : ils voient Dieu et le prophète, ils ont un avant-goût des joies du paradis et les houris promises aux élus leur apparaissent.

L'Hindou atteint de folie religieuse n'a que rarement des hallucinations. Il ne conçoit Dieu et ses multiples incarnations que sous la forme des grossières et monstrueuses idoles qu'il adore dans ses temples : Brahma au nombril immense qui porte la fleur de lotus épanouie d'où jaillit Lakmi, la déesse de la fécondité ; Shiva et son emblème obscène ; Ganesha, le dieu à tête d'éléphant, le dieu de la sagesse, Hanouman, le dieu singe, et tant d'autres. Il ne conçoit pas le paradis, puisque le paradis c'est le nirvana, le néant. Il croit, par contre, à la métempsychose, à la migration des âmes, et c'est pour lui une source de crainte et d'effrois nouveaux.

Ainsi s'expliquent le caractère terne et la forme dépressive de son délire religieux.

On m'a montré une femme hindoue qui refusait de prendre des aliments, parce que, disait-elle, aucun n'était assez pur pour elle. C'était une femme de la caste sacerdotale.

Dans l'esprit des Hindous le brahme appartient à une race supérieure. Il ne peut subir le contact de gens d'autre caste sans être souillé. Il ne peut être servi que par un autre brahme moins fortuné que lui, ses aliments ne peuvent être préparés que par un brahme ou par lui-même. Il faut avoir voyagé dans l'Inde pour se rendre compte de cette tyrannie de l'esprit de caste qui emprisonne et immobilise l'Hindou. Vous envoyez, par exemple, votre cuisinier acheter un gigot. Il achète bien le gigot, mais il le fait apporter par un kouli, car il appartient à la caste des cuisiniers, et il ne peut, sans se déshonorer, sans se décaster, rien faire de ce qui relève de la caste des koulis ou porteurs. Le cocher hindou que vous payez deux ou trois roupies pour une journée entière (soit de trois à cinq francs), a avec lui un domestique pour remplir les besognes qu'il ne peut faire sans se décaster, comme panser le cheval, l'atteler, etc.

J'ai encore observé à la prison de Calcutta quelques cas d'épilepsie (elle n'est pas très rare, paraît-il, dans l'Inde), d'idiotie et de *desilusional insanity*; mais, dans ce dernier cas, comme dans les cas de folie religieuse, le délire est terne et sans éclat, comme l'esprit de l'Hindou contemporain.

Quant à l'alcoolisme, il va sans dire qu'il est absolument inconnu sous toutes ses formes.

J'ai été surpris, je l'avoue, du nombre relativement considérable d'aliénés criminels qui se trouvent à l'asile de Calcutta. Presque tous sont des meurtriers, on dirait

que l'Hindou n'est capable de tuer que sous l'influence du délire.

Les mobiles réels du meurtre sont dans ces cas très difficiles à déterminer. Quand on interroge l'Hindou sur ce sujet, il reste muet, incapable qu'il est le plus souvent de les démêler lui-même d'une façon précise. On me montre un individu qui a tué sa femme et sa mère, et qui a essayé ensuite de se castrer. Il est évident qu'il a dû obéir à une impulsion de nature religieuse. Mais, quand je l'interroge, il se borne à me répondre : « Je ne sais pas, je ne me rappelle pas. » Et il n'a jamais répondu autre chose.

Parmi ces meurtriers il en est beaucoup qui ont tué leur femme. La jalousie semble avoir joué un rôle dans leur détermination, mais un rôle secondaire. Le vrai mobile échappe et ils ne savent plus le retrouver dans la mort de leur cerveau.

Dans le quartier des femmes je n'ai guère vu que des mélancoliques et des maniaques. Beaucoup étaient agitées, gesticulant, parlant avec volubilité. Je me suis informé de la cause de cette excitation. « C'est le sexe qui les travaille », me répondit le médecin directeur.

Comme je l'ai montré plus haut, le caractère du Birman diffère de l'Hindou et sa mentalité n'est pas tout à fait la même. Aussi on ne retrouve pas à Rangoon exactement les mêmes formes de folie qu'à Calcutta.

Il y a là aussi un grand nombre d'aliénés criminels, et principalement des meurtriers. Les cas de délire religieux sont rares, mais alors le délire est plus intéressant, plus coloré que celui des Hindous. En voici un qui se croit un pongui arrivé à la perfection : sous peu il sera bouddha, c'est-à-dire saint. Quand je l'interroge sur les différentes migrations par lesquelles a passé son âme pour arriver à cet état de perfection, il est incapable de me

répondre. Quand je lui parle de la désagrégation finale dans le nirvana, il ne comprend pas davantage et me répond par des paroles incohérentes. Sa feuille d'observation porte : *desilusional insanity*

Les mélancoliques sont bien moins nombreux qu'à Calcutta. Par contre, il y a beaucoup de maniaques agités ; beaucoup sont dangereux et isolés dans des cellules.

On m'a montré aussi quelques épileptiques. Un ou deux sont tenus en cellule : ils ont des impulsions à redouter.

Plus encore qu'à Calcutta les femmes sont agitées, loquaces, vitupérantes et même menaçantes. Toutes sont des mélancoliques ou des maniaques.

Je m'arrête là. Peut-on tirer une conclusion de cette étude évidemment superficielle ? Oui, une conclusion générale peut être déduite. Comme je le disais au commencement : les crimes et la folie sont comme le reflet incohérent et terni de la mentalité des races et des sociétés. Il ressort jusqu'à l'évidence des quelques faits que je viens d'exposer que si les Hindous et les Birmans ne pensent pas comme nous, s'ils ont une mentalité différente, les formes de criminalité et de folie qu'on rencontre chez eux diffèrent des formes qu'on rencontre chez les Européens et sont précisément en rapport avec leur mentalité spéciale.

Médecine légale

L'AFFAIRE

DE L'ASILE DES ALIÉNÉS DE TOURS

AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

Par le Dr Paul ARCHAMBAULT

Professeur suppléant de l'École de médecine,
Médecin en chef de l'asile des aliénés de Tours.

Il semble qu'un vent néfaste souffle depuis quelque temps sur les médecins aliénistes du pays de France. Après l'affaire Bertie-Mariott et l'affaire de l'agent Guérin, pour ne parler que des plus retentissantes, dans un autre ordre d'idées, celle de l'aliéné M..., mort à l'asile des aliénés de Tours entre les mains des infirmiers qui voulaient le camisolier.

Cette campagne menée par une certaine presse a pour but, dira-t-on, de pousser à l'abrogation de la loi du 30 juin 1838 ; mais il semble que pour arriver à ce résultat on eût pu trouver un autre moyen et ne pas, de parti pris, s'en prendre aux médecins d'asiles qui, sans pouvoir se défendre utilement, reçoivent tous les coups et servent de tête de Turc, sur laquelle on se plaît à frapper.

Quels reproches leur adresse-t-on ? Hommes de devoir avant tout, fermement convaincus d'agir suivant leur conscience, guidés dans tous leurs actes par un esprit de justice et d'équité, ils n'ont qu'un souci, s'efforcer

d'accomplir leur tâche souvent ingrate avec un zèle inaltérable et avec le désir profond de faire œuvre utile pour le bien de tous, pour les malades et pour la société.

Quelles récompenses en tirent-ils ? Non seulement ils sont exposés tous les jours à recevoir dans leurs services, à chaque instant, des horions de toute sorte, le martyrologe de la psychiatrie est trop riche, hélas ! Ils sont en outre en butte aux attaques haineuses et méchantes de gens trompés par des histoires faussées : ils reçoivent trop souvent les rebuffades des parents qui volontiers leur imputeraient la maladie des leurs.

Tous ces ennuis inhérents au métier peuvent être négligés, étant donné surtout que souvent leurs auteurs sont vraiment de bonne foi. Mais il arrive parfois, reconnaissance pénible, qu'ils reçoivent des coups immérités de ceux dont ils devraient le moins les attendre. L'*invidia medicorum* n'est-elle pas vieille comme la médecine !

L'affaire de Tours, considérablement exagérée par l'entrée en scène de la politique, devait se limiter à un fait certainement des plus regrettables, mais impossible à éviter, quoi qu'on en ait dit ; malgré ses recommandations réitérées, malgré toute sa surveillance, le médecin, chef de service, ne peut être du matin au soir dans le dos de tous ses infirmiers pour veiller sur leur façon de se comporter vis-à-vis des malades, souvent très difficiles, dont ils ont la garde.

Un simple manquement aux ordres donnés a eu comme conséquence cette déplorable affaire pour laquelle la grande presse a envoyé ses reporters ; quelques-uns, du reste, faisant connaître leur impression, ont dit publiquement : « Ce n'est que cela, ce n'était vraiment pas la peine de nous déranger. »

Le 10 décembre 1903, un homme de forte taille et de très vigoureuse constitution, entré depuis deux jours

seulement à l'asile avec le diagnostic de paralysie générale, mourait subitement entre les mains des gardiens qui voulaient lui passer la camisole de force. Appelé à constater le décès, cinq heures après l'accident, je ne relevai sur le corps aucune trace, aucune érosion, aucune marque qui pût faire croire à une mort violente. Pas de tuméfaction de la face, pas de spume sanguinolente ni au nez ni à la bouche, pas d'ecchymoses sous-conjonctivales, pas d'exorbitisme, pas de piquetés hémorragiques ni à la face, ni au cou, ni aux épaules, ni au thorax. Les surveillants, chef et sous-chef, ne me signalèrent aucune particularité : le malade était mort dans la lutte presque toujours inévitable au moment de la mise de la camisole chez un furieux.

L'examen complet que j'ai l'habitude de faire à l'entrée de tout nouveau malade m'avait permis de constater que chez M... les bruits du cœur étaient très sourds.

Quelle était la cause de la mort ? Trois hypothèses se présentaient : mort subite chez un paralytique général ; mort par inhibition ; syncope cardiaque.

Assisté des élèves de mon service, jé fis l'autopsie le surlendemain. Avant de faire l'ouverture, nous procédâmes à un nouvel examen du corps qui ne nous fit découvrir non plus, à ce moment-là, aucune trace de violences.

Le cerveau présentait les lésions macroscopiques les plus habituelles de la paralysie générale : dure-mère épaissie, adhérente aux parois du crâne, arachnoïde et pie-mère injectées, vaisseaux gorgés de sang, adhérences des méninges à la couche corticale du cerveau. Hydroisie ventriculaire : ventricules latéraux agrandis.

Rien au larynx, rien à l'os hyoïde.

Les poumons sont congestionnés aux bases, surtout à la partie déclive : engouement *post mortem*, sans doute,

en raison de sa localisation, ou congestion due aux efforts violents de la lutte, ne présentant en elle-même rien de spécial. Pas d'œdème du poumon, pas d'ecchymoses sous-pleurales, pas de noyaux apoplectiques, pas d'écume rosée dans les bronches ; en résumé, aucun signe de mort par suffocation. Pas d'ecchymoses sous-péricardiques : le cœur est volumineux, de couleur feuille morte, surchargé de graisse ; rien aux orifices.

En présence de cette constatation, dégénérescence graisseuse du cœur, affection qui prédispose à la mort subite, je m'arrêtai à cette cause de la mort chez mon malade.

Trouvant donc une affection du cœur qui expliquait cette mort subite, n'ayant aucune connaissance des violences dont les gardiens s'étaient rendus coupables, l'administration supérieure ne fut point informée de cette mort qui se présentait comme un cas de mort subite normale et M... fut laissé sur la table d'autopsie aux soins du garçon d'amphithéâtre.

Une quinzaine de jours après cette mort, un des infirmiers, acteur de la scène, la racontait à un de ses amis, agent de police ; celui-ci en fit part à ses chefs et le Parquet se transporta à l'asile de Tours pour ouvrir une enquête. Les infirmiers avouèrent alors seulement qu'ils avaient agi avec brutalité en voulant mettre la camisole à un malade qui était venu simplement à plusieurs reprises déranger l'un d'eux occupé à un travail d'écriture : ils se chargèrent mutuellement et s'accusèrent de violences telles qu'une exhumation du cadavre fut ordonnée et trois médecins experts furent chargés de cette autopsie.

Vingt et un jours après la mort, l'exhumation fut faite et je fus invité par M. le juge d'instruction à me trouver à l'ouverture de la bière pour reconnaître le cadavre. Avant cette opération et avant l'arrivée des représen-

tants de la justice, un des médecins experts vint me prier de me retirer, « une autopsie médico-légale n'étant pas, dit-il, une expertise contradictoire ». « Convoqué, lui dis-je, par M. le juge d'instruction, je ne me retire-rai que lorsqu'il m'en aura donné l'ordre (1). » Le com-missaire central procéda alors à la vérification des scel-lés et, le cercueil ouvert, il m'invita à venir voir M... que j'eus peine à reconnaître. En plus de la tuméfaction de la face due à la putréfaction, il présentait sur le dos du nez et au niveau des deux bosses frontales de larges taches brunes, noirâtres, régions où sur le cadavre frais mes élèves et moi n'avions vu aucune érosion de la peau.

Après cette très courte constatation les experts m'in-vitèrent à nouveau à me retirer; je crus devoir me rendre à ce désir si formel.

Ils procédèrent à leurs opérations et déposèrent huit jours après le rapport médico-légal suivant :

Rapport médico-légal.

Le 31 décembre 1903, nous, Thierry Adrien, Lapeyre Louis, et Danner Léon, docteurs en médecine à Tours, commis par M. Florand, juge d'instruction, à l'effet de procéder à l'autopsie du cadavre de M. M..., décédé à l'asile des aliénés le 10 décembre courant, et de recher-cher par l'inspection des organes si la mort est due à une cause violente, et plus spécialement à une asphyxie par suffocation, de dire si M... n'était pas atteint d'une affection cardiaque, qui pourrait expliquer un arrêt

(1) Dans sa séance du 11 avril 1904, la Société de Médecine légale a examiné sur ma demande la question suivante, susceptible d'intéresser le corps médical tout entier : « De la présence, au cours d'une expertise en matière criminelle, du médecin qui a fait antérieurement à cette expertise l'autopsie du cadavre de la prétendue victime. » La Société a émis l'avis qu'il serait désira-ble et avantageux que le médecin assistât à l'autopsie pour four-nir des renseignements, préciser certaines questions. C'est au juge d'instruction qu'il appartient de décider de l'opportunité de cette mesure.

brusque de la vie, au cours d'un accès de fureur ou pendant une lutte.

Nous nous sommes transportés à l'amphithéâtre de l'hospice général, et, serment préalablement prêté entre les mains de M. le juge d'instruction, avons procédé ainsi qu'il suit, en présence des magistrats, à l'accomplissement de la mission qui nous est confiée.

Le cadavre, dont l'exhumation a eu lieu en présence de M. le commissaire central, est renfermé dans une bière en sapin dont les scellés sont intacts. Après l'enlèvement des scellés par M. le commissaire central, il est procédé à l'ouverture de la bière.

M. le D^r Archambault, médecin en chef de l'Asile des aliénés, et le garçon d'amphithéâtre Destouches, présents à cette opération, constatent l'identité du cadavre mis à découvert, et qui est bien celui de M..., décédé subitement à l'Asile pendant qu'on lui appliquait la camisole de force.

Avant de faire extraire le corps du cercueil qui le contient, nous procédons sur place aux premières constatations.

Le cadavre est celui d'un homme d'environ cinquante ans, aux cheveux blonds grisonnants ; il est d'une taille élevée, remarquablement fort et vigoureux. Bien que le décès remonte à vingt et un jours, l'état de décomposition est peu avancé.

Nous remarquons, siégeant à droite, une volumineuse hernie inguinale.

Il convient de dire que l'autopsie a déjà été pratiquée, deux jours après la mort, par les soins du chef de service, M. le D^r Archambault. Les cavités splanchniques (tête, poitrine, abdomen), masquées selon l'usage par de vastes lambeaux de peau, sont ouvertes ; le crâne et la cage thoracique sont vides de leur contenu.

Le cerveau, le larynx, les poumons et le cœur échappent donc à notre observation, et nos constatations, en vue de répondre aux questions qui nous sont posées, vont forcément se limiter à l'examen de l'état extérieur du cadavre.

Après avoir extrait le corps de la bière, et l'avoir fait déposer sur une table, l'aspect de la face attire tout d'abord notre attention.

I. *Excoriations des saillies de la face.* — A la partie interne de la joue droite, on remarque la trace d'une petite plaie contuse, déjà cicatrisée et recouverte d'une croûte légère; la lésion est ancienne et devait exister avant l'entrée de M... à l'asile.

D'autre part, les parties saillantes du visage, le dos du nez et les deux bosses frontales portent des blessures légères qui nous paraissent avoir de peu de temps précédé la mort.

Une plaie vive, humide, intéressant le derme, coupe transversalement le dos du nez; deux larges érosions épidermiques occupent les deux bosses frontales; elles sont symétriques, un peu plus étendues à gauche qu'à droite, et présentent les caractères des blessures faites pendant la vie.

Un petit coagulum sanguin apparaît près de l'aile droite du nez.

Il nous paraît indiqué par le siège et la disposition de ces blessures de la face qu'elles auraient été produites, selon toute vraisemblance, par des chocs répétés ou des pressions brutales du visage contre un sol dur pendant les instants qui ont précédé la mort.

II. *Sillons du cou.* — A la région sus-hyoïdienne, au-dessous et en arrière du menton, nous constatons la présence de trois sillons transversaux, sensiblement parallèles, qui, partant de la région médiane, se dirigent à droite, sous le bord inférieur du maxillaire inférieur et vont se perdre au niveau de l'angle de la mâchoire.

L'un d'eux remonte légèrement sur la face antérieure du maxillaire.

L'état parcheminé de la peau que nous remarquons au voisinage de la ligne médiane sur l'un de ces sillons nous autorise à conclure que la partie antérieure du cou, entourée par un lien constricteur, a dû être soumise à une compression énergique et prolongée.

III. *Contusions multiples.* — Des indices de violences exercées sur diverses parties du corps, peu de temps avant la mort, sont encore constatables.

Nous remarquons notamment :

1° A la partie antéro-latérale du bras gauche, en dehors et en dedans des muscles biceps, plusieurs

empreintes ecchymotiques résultant manifestement de fortes pressions, exercées à l'aide des doigts, et s'accompagnant d'extravasation sanguine dans l'épaisseur des tissus ;

2° Au côté interne du bras droit, deux ecchymoses de même nature et de même origine que les précédentes ;

3° A la partie postérieure et interne du coude, une large contusion avec épanchement de sang coagulé sous les téguments ;

4° A la face postérieure de l'avant-bras droit, une empreinte digitale ecchymotique offrant les mêmes caractères ;

5° A la région dorsale moyenne, près de la ligne médiane, une ecchymose de petite dimension provenant d'un choc ou d'une forte pression ;

6° A la face antéro-latérale de la cuisse gauche, une vaste ecchymose parcheminée, mesurant 30 centimètres de long sur 4 centimètres de large, dans le sens de la longueur de la cuisse. Des coups répétés, portés avec un corps contondant, peut-être un soulier, nous paraissent avoir été de nature à produire la lésion que nous constatons sur cette partie du corps.

Conclusions. — De ces constatations, rendues nécessairement incomplètes par l'absence des principaux viscères, les experts croient pouvoir déduire les conclusions qui vont suivre :

1° Le corps de M... porte des traces de violences multiples qui tendent à établir que la mort n'a pas été naturelle ;

2° La présence des sillons caractéristiques au devant du cou, les contusions et ecchymoses des bras et de la région dorsale, la vaste empreinte parcheminée de la région antéro-latérale de la cuisse gauche, confirmant pleinement les déclarations et les aveux des inculpés, permettent d'affirmer que, dans les derniers instants de la vie, M..., qui tentait de résister à l'application de la camisole de force, a été maîtrisé avec une extrême violence, qu'un lien constricteur comprimant l'entrée des voies respiratoires a été enroulé autour du cou ; que M..., terrassé, a été maintenu pendant plusieurs minutes étendu sur le ventre, la face comprimée et écrasée sur le sol, et qu'une occlusion plus ou moins complète des

orifices respiratoires a été la conséquence de ces manœuvres barbares ;

3° Nous pensons que la mort a été le résultat de ces violences qui ont dû amener l'asphyxie par suffocation ;

4° Notre opinion, basée sur les constatations de l'état extérieur du cadavre, n'a pu être corroborée par les résultats de l'examen des viscères (larynx, poumons, cœur, cerveau) ; ces organes essentiels, examinés par le docteur Archambault au moment de la première autopsie, n'ont pas été remis en place et n'ont pu être retrouvés ;

5° Pour le même motif, il n'a pu être procédé à l'examen du cœur, à l'effet de rechercher si cet organe était, ou non, atteint de dégénérescence graisseuse ; il est légitime de reconnaître qu'une lésion de ce genre eût été de nature à amoindrir la force de résistance de M... et à hâter le dénouement fatal.

Tours, 7 janvier 1904.

Avant d'entreprendre la discussion détaillée de ce rapport, avant de peser la valeur des constatations sur lesquelles les experts se sont appuyés pour conclure, avant de faire l'examen des conclusions basées sur des lésions toutes superficielles et par conséquent insuffisantes pour une opinion ferme, je veux éclaircir un point capital.

Dans la campagne manifestement malveillante qui, dès le premier jour, a été menée contre le médecin de l'asile, on a laissé entendre que tout le monde — administration hospitalière, médecin, étudiants en médecine et surveillants — s'était entendu pour étouffer l'affaire : « l'étouffement était le mot d'ordre. »

Aussi, dès que les constatations des experts furent connues, on cria bien haut que le médecin n'avait rien vu parce qu'il ne voulait rien voir.

A juste titre ému de ces reproches immérités, je m'empressai de demander à des maîtres en médecine légale l'explication et l'interprétation de ces constata-

tions si différentes faites sur le cadavre à l'état frais et celles exposées par les experts dans leur rapport. Comprenant ma légitime émotion en présence de faits qui semblaient mettre en doute ma bonne foi, ils s'empresèrent, dans un admirable désir d'établir la vérité et avec un remarquable esprit de justice et de solidarité confraternelle, de me donner leur haute opinion dans ces lettres que je crois utile de faire connaître et pour lesquelles je leur adresse encore une fois l'expression de ma plus vive et respectueuse reconnaissance.

Monsieur et très honoré confrère,

Lors de l'autopsie de M..., pratiquée par vous à l'hôpital quelques heures après la mort, vous n'auriez constaté aucune trace de violences appréciables sur les différentes parties du corps. Les élèves qui vous assistaient n'en auraient également constaté aucune.

Le 31 décembre, vingt et un jours après la mort, lors de l'exhumation pratiquée par nos confrères, ceux-ci auraient constaté la présence de plusieurs contusions ecchymotiques disséminées sur le corps, notamment sur les membres supérieurs.

Vous voulez bien me faire l'honneur de me demander mon avis sur ces constatations qui paraissent contradictoires.

Je ne puis vous donner une explication précise ; mais je puis vous dire que dans ma carrière de médecin légiste, j'ai déjà eu quelquefois, rarement il est vrai, l'occasion d'observer le fait suivant :

Après examen d'un cadavre, pratiqué quelques heures après la mort, je ne découvre aucunes traces ecchymotiques appréciables, et, lors de l'autopsie pratiquée deux ou trois jours plus tard, alors qu'il y avait un commencement de putréfaction gazeuse, je constate des traces de contusions doublées de suffusions sanguines sous-jacentes, que mon premier examen ne m'avait pas permis de déceler.

Y a-t-il là un phénomène dû à la putréfaction commençante ? C'est possible, mais je ne puis l'affirmer.

Il est donc très vraisemblable que les choses ont dû

se passer ainsi et que, de plus, votre attention n'ayant pas été particulièrement appelée à chercher des traces de violences, celles-ci, si elles n'étaient pas très visibles, ont pu échapper à votre observation. Puis, la putréfaction aidant, les contusions ecchymotiques ont pu apparaître avec une intensité plus marquée.

Quoi qu'il en soit, il résulte du rapport de nos confrères, que M... aurait été victime d'actes de violence, et que, étant donné l'état de dégénérescence graisseuse de son cœur, cette lésion a pu, dans une certaine mesure, diminuer la force de résistance de M..., et, de l'avis même des experts, hâter le dénouement fatal.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments de bonne confraternité.

D^r JULES SOCQUET,

Expert près les tribunaux.

Paris, le 18 février 1904.

Monsieur et honoré confrère,

Vous m'avez communiqué la copie du rapport d'autopsie rédigé par MM. les D^{rs} Thierry, Lapéyre et Danner, en me signalant particulièrement le passage relatif aux sillons du cou, et vous m'avez demandé si je pouvais vous expliquer pourquoi ces sillons n'avaient pas été vus par vous ni par vos élèves au moment où vous avez pratiqué, le 12 décembre à 9 heures du matin, l'autopsie du cadavre de M. M..., décédé le 10 décembre à 6 heures du soir.

Les sillons, tels qu'ils sont décrits dans le rapport des experts, c'est-à-dire transversaux, sensiblement parallèles et occupant uniquement la moitié antérieure droite du cou, pourraient être considérés comme s'étant produits après la mort, et représentant les plis de flexion de la tête sur le cou.

Toutefois, comme il est dit que l'un de ces sillons était parcheminé vers sa ligne médiane, et comme le parcheminement de la peau ne peut guère se produire dans un cercueil, où il y a en général un air chargé d'humidité, il faut admettre que le sillon en question a été produit avant l'inhumation.

S'il résulte d'une constriction opérée pendant que

M. M... vivait, il se pourrait que le parcheminement n'ait pas encore été visible au moment où vous avez pratiqué l'autopsie, et ne le soit devenu que plus tard. Le parcheminement ne se produit en effet qu'après la mort et dans un délai variable suivant les circonstances. Quand la partie atteinte est préservée de l'évaporation soit par des vêtements, soit par l'humidité de l'air ambiant, le parcheminement peut n'apparaître que vingt-quatre ou trente-six heures après la mort, et peut-être plus tardivement encore.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, mes salutations distinguées.

D^r CH. VIBERT,

Chef des travaux d'anatomie pathologique
au Laboratoire de médecine légale
de la Faculté de médecine de Paris.

Paris, le 18 février 1904.

Monsieur et honoré confrère,

Vous me demandez : 1° Si des traces de violences commises pendant la vie peuvent n'apparaître à la surface cutanée que quelques jours après la mort?

A cette première question, je puis répondre affirmativement, et c'est une des raisons pour lesquelles surgissent souvent des contestations dans les conditions suivantes : le médecin chargé de la vérification des décès ne constate aucune trace de violences. Puis, après quelques jours, une autopsie médico-légale est ordonnée, l'expert note des lésions non signalées par le premier médecin.

La cause de ces dissentiments est celle-ci : lorsque le cadavre est encore frais, non putréfié, les érosions qu'il n'ont eu pour effet que le froissement de l'épiderme passent inaperçues, elles ne deviennent apparentes que lorsque le froissement a permis à l'eau contenue dans le derme de s'évaporer.

Alors la peau prend une couleur chamois, jaunâtre, elle s'indure par dessiccation, il se produit une plaque parcheminée ; le temps nécessaire à sa formation varie avec le degré de froissement de la couche épidermique. La lésion, très difficile à percevoir dans les deux ou trois premiers jours, est très apparente un peu plus tard.

Lorsque, avec ou sans froissement de l'épiderme, la contusion a produit dans les tissus sous-cutanés un épanchement de sang, si la mort est survenue peu de temps après les violences, la coloration du sang ne se manifeste pas dès les premiers jours à la surface de la peau, ou du moins elle tarde souvent à se manifester. Mais lorsque la putréfaction intervient, la matière colorante des globules sanguins les abandonne, elle diffuse dans les tissus qui entourent la lésion, les colore, et une contusion non révélée à une inspection qui suit de près la mort, devient très apparente trois, quatre et plusieurs jours après.

J'ai chaque année plusieurs fois l'occasion de montrer à mes élèves cette contradiction apparente entre des examens faits à plusieurs jours de distance par des médecins différents.

2° Vous me demandez également, en me laissant copie du rapport de l'autopsie d'un sieur M..., faite le 31 décembre 1903, par MM. Thierry, Lapeyre et Danner, si la mort est due à une asphyxie par suffocation ou si elle ne peut pas être attribuée à une inhibition survenue par suite d'une excitation de la région laryngée?

J'ai eu l'occasion de discuter en thèse générale cette question (*La mort et la mort subite*, p. 6 et suivantes, p. 166, 1895) (*La pendaison*, p. 15 et p. 189). Il n'est plus contestable, surtout depuis les travaux de Brown-Sequard, qu'une violence même peu grave atteignant certaines régions, notamment la région laryngée, peut amener la mort subite.

Je ne rapporte que l'expérience d'Hoffmann. Il trachéotomise un chien, le laisse reposer après l'opération, puis exerce une forte pression sur le larynx : l'animal meurt subitement.

Il n'y a donc pas là mort par suffocation, c'est-à-dire par suppression de la pénétration de l'air dans les poumons, puisque l'air pénètre par la canule placée dans la trachée, mais mort par excitation du larynx, c'est-à-dire par inhibition.

Ce qui donne un appui à cette hypothèse dans le cas particulier, c'est que dans l'appareil bronchique, il n'y avait pas de spume, que sur la plèvre et le péricarde, il

n'y avait pas d'ecchymoses ponctuées, enfin le cœur était chargé de graisse et par conséquent prédisposé à subir un arrêt brusque.

Les réponses faites aux deux questions que vous m'avez posées sont celles-ci :

1° La parchemination de la peau provoquée par les froissements de l'épiderme devient de plus en plus facile à reconnaître à mesure que plusieurs jours se sont écoulés entre l'action contondante et l'examen ;

2° Les ecchymoses sous-cutanées, faites dans un temps peu éloigné de la mort, peuvent ne se révéler par leurs couleurs à la surface de la peau que, lorsque par suite d'un commencement de putréfaction, la matière du sang abandonne les globules du sang et diffuse à travers les tissus environnants ;

3° L'absence de spume bronchique, d'ecchymoses sous-pleurales et sous-pericardiques, la surcharge graisseuse du cœur, sont en faveur de l'hypothèse d'une mort subite par inhibition survenue sous l'influence des excitations violentes subies sur la région du cou, laryngée antérieure.

Agréez, Monsieur et honoré confrère, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

P. BROUARDEL,

Doyen honoraire et professeur de médecine légale
de la Faculté de médecine de l'Université de Paris,
membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Paris, le 19 février 1904.

La haute portée scientifique de ces savants documents de maîtres incontestés n'échappera à personne. Ils établissent d'une façon irréfutable la véracité des premières constatations et expliquent, d'une façon lumineuse, la différence des constatations faites à deux époques éloignées, avant et après la putréfaction.

Avant de discuter leur interprétation par les experts, j'estime de toute nécessité de m'expliquer sur un incident dont on s'est plu à me faire reproche parmi tant d'autres qu'a soulevés cette affaire.

Les experts ont constaté en faisant l'autopsie, l'ab-

sence du cerveau, du larynx, du cœur et des poumons : la connaissance de cette disparition, qui a si fort impressionné le gros public, n'est pas faite pour étonner ceux qui savent les habitudes des salles d'autopsie ; plusieurs faits analogues ont été signalés dans ces dernières années dans les hôpitaux de Paris, sans qu'on pût en incriminer qui que ce soit. Dans le cours du procès, le président adressa au D^r Danner la question suivante :

D. — Est-il d'usage que les organes ne soient pas remis dans la bière quand il y a eu autopsie ?

R. — Cela dépend des autopsies. Quand il s'agit d'une autopsie ordinaire, on se contente d'un examen sommaire et on laisse parfois les organes aux étudiants ; mais quand il s'agit d'une autopsie à la suite d'une mort suspecte, on conserve toujours les organes.

Cette réponse prête bénévolement aux médecins une façon un peu légère de faire une autopsie ; elle laisse en outre planer une suspicion voulue sur mes agissements dans le cas présent.

J'estime qu'une autopsie scientifique ne comporte pas un examen sommaire. C'est avec un soin minutieux et avec le désir absolu de trouver la cause réelle de cette mort que j'ai fait l'examen des différents organes. Si j'avais pensé à une mort suspecte, je ne me serais pas reconnu le droit de toucher au cadavre, et j'aurais laissé à l'autorité prévenue le soin d'agir en conséquence.

Ces différents points une fois établis, si nous nous reportons à l'étude du rapport médico-légal, quelle impression semble-t-il s'en dégager ? On y voit une tendance évidente à fournir des preuves de culpabilité.

Un de nos confrères les plus distingués, médecin-légiste justement apprécié et aux lumières duquel la justice s'empresse d'avoir recours dans des affaires importantes, le D^r Lande, médecin des hôpitaux de Bordeaux, a bien voulu me donner son avis sur ce rapport.

Bordeaux, 19 février 1904.

Monsieur et très honoré collègue,

Ma situation de médecin-légiste ne me permet pas de critiquer un rapport d'experts commis par la justice sans y avoir été officiellement invité.

La seule chose que je puisse faire, c'est de vous donner mon avis sur la cause de la mort de M. M... d'après les signes relevés dans le rapport que vous m'avez communiqué.

Les signes relevés en I et en III (1. 2. 3. 4. 5. 6.) indiquent d'une façon certaine que M. M... a été très solidement maintenu par les deux bras (III. 1. 2. 4) et a été heurté fortement soit sur le sol (I), soit contre des objets résistants (III. 3. 5.). L'état parcheminé de la lésion (III. 6) paraît indiquer qu'il y a eu frottement à son niveau.

Mais il est absolument certain que toutes ces lésions étaient sans gravité et ne peuvent en aucun cas être considérées comme capables d'amener la mort. Elles s'expliquent aisément à la suite d'une lutte entre plusieurs personnes et un sujet « remarquablement fort et vigoureux », dont la puissance musculaire est décuplée par l'excitation qui accompagne l'accès de délire.

Les signes relevés en II consistent en « trois sillons transversaux sensiblement parallèles, qui, partant de la région médiane, se dirigent à droite sous le bord inférieur du maxillaire inférieur et vont se perdre au niveau de l'angle de la mâchoire. Un de ces sillons présente un état parcheminé de la peau au voisinage de la ligne médiane.

Que conclure de l'existence de ces *trois sillons* parcheminés, n'occupant que le *tiers de la circonférence du cou* et dont UN SEUL est *parcheminé* SUR UNE PARTIE seulement de son parcours ?

Une compression plus ou moins forte exercée par le col ou par l'un des liens de la camisole de force que l'on voulait mettre au malade ; à la rigueur même par un lien spécial avec lequel on essayait de le maîtriser. Mais jamais, jamais ! l'application d'un lien constricteur *entourant* le cou et soumettant *sa partie antérieure* à une compression énergique et prolongée.

En admettant cette opinion je voudrais la voir corroborer par l'existence d'un épanchement de sang sous-cutané, d'hémorragies interstitielles des muscles du cou, d'ecchymoses dans le tissu cellulaire intermusculaire et par des épanchements analogues en avant de la colonne vertébrale. Tous ces signes ne sont pas relevés.

L'absence du larynx, des poumons et du cœur n'a pas permis de rechercher des lésions qui auraient pu permettre de préciser le diagnostic. Ce défaut de renseignements m'empêche de poser un diagnostic que certaines lésions de ces viscères auraient rendu probable ou même évident.

Réduit à émettre une hypothèse d'après des constatations qui ne portent que sur des lésions très superficielles et par elles-mêmes sans gravité, mais siégeant à la partie antérieure du cou, je n'en vois qu'une acceptable : « la mort de M. M... a pu être produite par inhibition », *aucune des lésions décrites dans le rapport qui m'a été communiqué n'était suffisante pour occasionner la mort.*

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

D^r LANDE.

Après ce savant exposé et cette argumentation si serrée de l'éminent confrère bordelais, il semble qu'il y ait peu à ajouter. Aussi je reste profondément reconnaissant et lui adresse mes remerciements les plus sincères ; c'est guidé par un loyal sentiment de justice qu'il a pu, au milieu de ses multiples occupations de premier citoyen de sa cité et de médecin, trouver le temps de prêter aimablement son concours à un confrère *malmené*.

DISCUSSION DU RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

I. — *Excoriations des saillies de la face.* — Aucune constatation n'est décrite permettant de dire que les blessures, ont de peu de temps précédé la mort.

La plaie vive du nez, qui n'aurait pas échappé aux premiers observateurs, est bien plutôt une déchirure produite par des frottements répétés de la tête bouffie de putréfaction contre les parois rugueuses de la bière pendant les différentes phases de pérégrination du cadavre, sa sortie de la terre, ses descentes et ses montées dans la voiture des morts.

Les érosions épidermiques des deux bosses frontales, ne sont pas dues à des chocs répétés pendant la vie ; il y eut eu alors des ecchymoses, et le rapport ne signale à ce sujet aucune recherche d'infiltration sanguine dans le tissu cellulaire sous-jacent : ce sont donc plus vraisemblablement des lésions post mortem.

II. — *Sillons du cou.* — Sans vouloir revenir sur leur interprétation qui a été plus haut si savamment discutée (D^r Vibert et D^r Lande), je veux simplement insister sur le défaut absolu de recherches d'infiltration dans les tissus sous-jacents. Cette lacune capitale ne permet pas de conclure à une compression énergique.

III. — *Contusions multiples.* — Les ecchymoses des bras, du coude et de la région dorsale prouvent simplement qu'il y a eu des violences. Elles ne présentent absolument aucune gravité ; aucune de ces régions n'est région inhibitive, par conséquent les coups ou violences ne peuvent en aucun cas donner la mort : on n'a pas encore vu, que je sache, des malfaiteurs tomber morts parce que des policiers vigoureux les ont solidement maintenus en leur serrant les bras !

Il est difficile de comprendre une vaste ecchymose parcheminée, mesurant 30 centimètres de long sur 4 centimètres de large dans le sens de la longueur de la cuisse, produite par des coups de souliers répétés. Ce martellement continu, pour faire une ecchymose de 30 centimètres de long, semble vraiment stupéfiant. Il aurait été très intéressant de voir la description de

cette lésion complétée par le résultat de la dissection. Il semble plutôt que cette soi-disant ecchymose, soit une plaque parcheminée, due à un froissement énergique de la région sur une surface rugueuse quelconque.

CONCLUSIONS

Que déduire de ces constatations ? Une seule affirmation :

« *Le corps de M... porte des traces de violences multiples.* »

Aucune autre conclusion n'est autorisée, et jamais les experts ne devaient parler d'asphyxie par suffocation. Ils n'ont pas fait la plus petite constatation permettant d'appuyer cette idée. Ils parlent de face comprimée et écrasée sur le sol, mais ils n'ont jamais parlé de fractures du nez, les premiers observateurs n'ont vu aucun écrasement ; or il est impossible sur un plancher uni de faire l'occlusion complète des voies respiratoires sans écrasement entier des saillies osseuses de la face, qui permettent toujours la pénétration d'une certaine quantité d'air.

Basant mon opinion uniquement sur les constatations que mes élèves et moi avons pu faire : 1° sur le cadavre frais : pas d'exorbitisme, pas d'hémorragies sous-conjonctivales, pas de spume sanguinolente au nez ni à la bouche, pas de piquetés hémorragiques sur les épaules et sur le thorax ; 2° sur les organes : pas d'emphysème pulmonaire, pas d'ecchymoses sous-pleurales de Tardieu, pas de noyaux d'apoplexie, pas de spume dans les bronches, pas d'ecchymoses sous-péricardiques, j'affirme avec une certitude scientifique absolue que la mort de M... n'est pas due à l'asphyxie par suffocation.

Passant outre à mes constatations et aux explications que j'ai fournies aux débats où j'étais cité comme témoin ; passant outre aux lettres des Drs Socquet, Vibert,

Brouardel et Lande, lettres qui ont été lues par la défense, le Tribunal correctionnel a prononcé le jugement suivant :

AFFAIRE MÉCHIN

JUGEMENT

Attendu qu'il résulte des débats que, le 10 décembre 1903, vers 6 heures du soir, le gardien Redureau, chef de la 3^e section du quartier d'aliénés de l'hospice de Tours, était occupé à rédiger son rapport journalier, lorsque le sieur Méchin, paralytique général, interné depuis deux jours, atteint de paralysie de la langue qui l'empêchait de parler, est venu le tirer par la manche, vraisemblablement avec le désir de lui demander quelque chose ; qu'après avoir été éloigné et malgré les observations qui lui étaient faites, il est revenu une seconde, puis une troisième fois et l'a encore, doucement du reste, tiré par la manche ; que Redureau, bien que le malade n'eût manifesté, il le reconnaît, aucun signe d'agitation, et uniquement pour le faire tenir tranquille, est allé chercher la camisole de force pour la lui mettre ;

Que Méchin ayant cherché à se dégager, il a successivement appelé à son aide les gardiens Gardelle, Berthelot et Delung pour lui prêter main forte ; que Berthelot a passé son tablier autour du cou de Méchin, qui a été renversé à terre ;

Que, la camisole de force étant mise en partie, ce dernier a été placé sur le ventre, la figure contre terre ; que pendant que Redureau le tenait par les bras allongés et que Berthelot le maintenait avec son tablier par le cou, Delung a essayé, pendant qu'il se débattait, de lui lacer la camisole dans le dos ;

Que sur ces entrefaites, Alanche que personne n'avait appelé, est arrivé tout à coup, s'est jeté sur lui et lui a brutalement mis la main, puis le genou sur la nuque, lui appuyant violemment le nez et la bouche contre le sol ;

Que pendant que Redureau commençait, pour l'empêcher de remuer les jambes, à lui mettre aux pieds des entraves qu'il était allé chercher, Alanche a constaté qu'il avait cessé de vivre ;

Attendu qu'il en résulte également que pendant cette scène, Alanchie a donné à Méchin deux coups de passe-partout et que Delung lui a donné un coup de pied ;

Attendu que seize jours plus tard, le parquet, ayant été avisé, accidentellement, du décès de Méchin, survenu dans des conditions au moins suspectes, il a été procédé à une autopsie par MM. les D^{rs} Danner, Thierry et Lapeyre, commis à cet effet ;

Que ces experts ont constaté que le crâne et la cage thoracique étaient vides et que le cerveau, le larynx, les poumons et le cœur avaient été enlevés à la suite d'une première autopsie pratiquée par M. le D^r Archambault, médecin en chef de l'asile, deux jours après la mort ;

Que, dans leur rapport, ils concluent de la manière suivante : 1^o le corps de Méchin porte des traces de violences multiples qui tendent à établir que la mort n'a pas été naturelle ; 2^o la présence de sillons caractéristiques au devant du cou, les contusions et ecchymoses des bras et de la région dorsale, la vaste empreinte parcheminée de la région antéro-latérale de la cuisse gauche confirmant pleinement les déclarations et les aveux des inculpés, permettent d'affirmer que dans les derniers instants de la vie, Méchin qui tentait de résister à l'application de la camisole de force, a été maîtrisé avec une extrême violence ; qu'un lien constricteur comprimant l'entrée des voies respiratoires a été enroulé autour du cou ; que Méchin, terrassé, a été maintenu pendant plusieurs minutes étendu sur le ventre, la face comprimée et écrasée sur le sol ; et qu'une occlusion plus ou moins complète des orifices respiratoires a été la conséquence de ces manœuvres barbares ; 3^o nous pensons que la mort a été le résultat de ces violences qui ont dû amener l'asphyxie par suffocation ;

Attendu que le D^r Archambault, dans son certificat constatant le décès en a indiqué la cause en ces termes : « Mort subite chez un paralytique général » ; que dans ses dépositions faites, tant à l'instruction qu'à l'audience, il a déclaré notamment qu'il n'avait relevé aucune trace de violences, qu'il avait constaté une dégénérescence graisseuse du cœur, mais qu'il ignorait la cause réelle de la mort ;

Qu'en supposant que la cause indiquée par les experts,

cause que l'absence des viscères si malencontreusement disparus ne leur a pas permis de contrôler d'une manière plus précise, ne soit pas celle qui a entraîné la mort, il n'est pas douteux pour le tribunal, d'après même l'ensemble des indications fournies par le Dr Archambault, que la mort a été la conséquence des violences dont le malheureux Méchin a été victime au cours de la scène du 10 décembre qui a duré au moins vingt minutes ;

Attendu que l'auteur principal de cette scène est Redureau qui, sans aucune raison, a voulu, uniquement dans un but de tranquillité personnelle, mettre la camisole de force à Méchin, alors que celui-ci ne commettait aucun acte de violence et qu'il n'avait, depuis qu'il était dans le quartier des agités, alors que sa place eût été peut-être mieux dans le quartier d'observation, manifesté aucun signe d'agitation ;

Que c'est lui qui, ayant aux termes de l'article 38 du règlement intérieur du 9 novembre 1899, autorité sur les autres gardiens, en a appelé trois à son aide, pour vaincre la résistance du malheureux Méchin, résistance qui ne s'explique que trop, il a amené les actes de brutalité auxquels il a assisté et qui ont déterminé la mort de celui-ci ; que le tribunal doit, en outre, tenir compte de ce que Redureau a déjà subi sept condamnations, dont une à six mois d'emprisonnement pour avoir laissé, par sa négligence, mourir dans un bain un malade qu'il était chargé de surveiller ;

Que si Berthelot a commis un acte de violence profondément blâmable en mettant son tablier autour du cou de Méchin, il y a lieu de retenir que cette pratique paraît avoir été habituelle à l'asile de Tours ; qu'il convient, en outre, de remarquer que c'est Berthelot qui, spontanément, a signalé au gardien-chef que Méchin avait dû mourir des violences dont il avait été victime et de prendre en large considération les renseignements excellents fournis sur lui par M. le Directeur de l'asile des aliénés de Blois qui l'a, à deux reprises, eu sous ses ordres et a constaté son dévouement envers les malades confiés à ses soins ;

Que si Delung a prêté son aide à Redureau d'une manière brutale, il n'a commis d'autre violence que le

coup de pied par lui avoué ; qu'il n'a au surplus jamais, jusqu'à ce jour, subi de condamnation ;

Que si Alanche n'a non plus jamais été condamné, il a commis un acte de brutalité extrême en mettant la main puis le genou sur la nuque de Méchin et en lui maintenant la face comprimée et écrasée sur le sol ; qu'il convient toutefois d'observer que s'il est venu spontanément se mêler à la scène, il n'en a pas vu le commencement et, dans une certaine mesure, a pu penser qu'il se trouvait en présence d'un aliéné en proie à une crise d'agitation ;

Attendu que si Gardelle sur l'ordre de Redureau lui a prêté son concours, les débats n'ont pas révélé à sa charge d'acte de violence ; qu'il est, du reste, atteint d'une infirmité qui permet de penser qu'il n'a pu fournir qu'un concours sans énergie ; qu'il n'y a pas lieu de le retenir dans la poursuite ;

Par ces motifs :

RELAXE Gardelle des fins de la plainte sans dépens ;
DÉCLARE Redureau, Berthelot, Alanche, Delung, conjointement coupables d'homicide par imprudence ;

Mais attendu qu'il y a lieu d'accorder à Berthelot et à Delung des circonstances atténuantes en leur faveur ;

Fait prévu et puni par les articles 319 et 463 du Code pénal ;

Vu lesdits articles et l'article 194 du Code d'instruction criminelle dont lecture a été donnée à l'audience par M. le Président ;

CONDAMNE :

1° Redureau, à une année d'emprisonnement et 50 francs d'amende ;

2° Berthelot, à deux mois d'emprisonnement ;

3° Delung, à un mois d'emprisonnement ;

4° Alanche, à six mois d'emprisonnement et 50 francs d'amende ;

Les condamne en outre tous les quatre solidairement aux dépens du ministère public, liquidés à...

Les juges du Tribunal correctionnel retenant les con-

clusions des experts, car Ambroise Paré l'a dit : « *Les magistrats jugent suivant qu'on leur rapporte* », déclarent « *qu'il n'est pas douteux que la mort a été la conséquence des violences dont le malheureux M... a été victime au cours de la scène du 10 décembre* » et ont fait application de l'article 319 du Code pénal, — homicide involontaire.

Les experts n'avaient pas le droit de parler de mort par suffocation, car ils n'ont relevé aucun symptôme certain leur permettant de formuler cette conclusion. « Les preuves médicales, dit le professeur Lacassagne, ne peuvent être utiles à la démonstration de la vérité qu'à la condition d'être complètes et marquées au coin de l'observation scientifique. » Ils n'ont pas donné ces preuves, ils ont dit aux débats qu'ils s'étaient faits leur opinion de la lecture du dossier de l'affaire.

Un des maîtres qui ont illustré la médecine légale française, Devergie, a écrit dans son *Traité de médecine légale* publié en 1835 cet aphorisme : « *Le médecin expert doit fermer les oreilles et ouvrir les yeux.* » Cette maxime ne devrait-elle pas être toujours présente à l'esprit du médecin légiste : il doit s'y conformer toujours ; elle devrait être écrite à l'en-tête de toute réquisition médicale.

L'importance du rôle du médecin expert est considérable ; « ses déclarations ont une importance capitale dans le débat et l'on peut dire que dans bon nombre de cas c'est d'elles que dépend l'acquittement ou la condamnation d'un accusé (1) ».

L'expert doit dire ce qu'il a vu et ne dire que ce qu'il a vu ; on ne lui demande pas de faire du roman.

Tout ce qu'il avance doit être le résultat d'investigations minutieuses et précises : rien ne doit l'influencer,

(1) Ch. Vibert, *Précis de médecine légale*.

et pour qu'il ne se laisse pas suggestionner, il serait préférable qu'il ne connût pas les détails trop circonstanciés des faits sur lesquels il est appelé à donner son avis.

Dans cette affaire Méchin, n'est-ce pas la connaissance des aveux des inculpés qui a fait admettre l'idée de mort par suffocation ?

Les gardiens qui ont avoué leurs brutalités avec un luxe inouï d'explications, ont dit qu'ils croyaient bien avoir étouffé M. : c'est ainsi seulement que peut s'expliquer la genèse de l'opinion des experts.

On voit trop souvent l'expert, à côté de son rôle, se transformer en accusateur public : il doit être non le pourvoyeur de la justice, mais le témoin impartial qui, sans acrimonie dans sa déposition orale, ne doit signaler et expliquer que ce qu'il a vu, et doit formuler ses constatations en termes clairs et d'une précision absolue, éviter les phrases ambiguës et les formules vagues. Il ne doit avancer que ce dont il est absolument certain : ses preuves doivent être complètes ; pas d'à-côté, mais de l'exactitude. Son rôle n'est pas de faire un réquisitoire mais d'exposer simplement les faits.

Combien lourde est sa responsabilité : il doit sentir le poids énorme que porte sa conscience : c'est de ses paroles que dépendent souvent l'honneur et la vie des individus. Son rôle est d'autant plus important que ses affirmations sont le plus souvent sans contrôle et sans appel. C'est même là une grosse lacune de notre législation judiciaire : il nous faut souhaiter de voir la création d'un tribunal d'arbitrage médical, véritable haute cour de médecine devant laquelle tout intéressé aurait possibilité d'interjeter appel d'un rapport médical.

Revue critique.

DE LA SIGNIFICATION

DU

POIDS DU CERVEAU CHEZ L'HOMME

SES RAPPORTS AVEC LA PROFESSION

D'APRÈS, LES TRAVAUX DU D^r MATIEGKA, DE PRAGUE

Par le D^r A. ADAM

D'une façon générale, l'observation nous apprend que l'organe est en rapport avec la fonction. Appliqué au cerveau, ce principe de physiologie générale permet de prévoir, pour ainsi dire *a priori*, que le poids de cet organe augmente à mesure qu'on s'élève dans la série animale, pour atteindre son maximum chez l'homme. D'après Leuret, en effet, le poids du cerveau est à celui du corps, chez le poisson, dans le rapport de 1 : 5668 ; chez les reptiles, ce rapport est de 1 : 1321 ; chez les oiseaux, de 1 : 212 ; chez les mammifères, de 1 : 186. L'animal de cette classe, le plus favorisé après l'homme, peut atteindre, pour le cerveau, un poids absolu de 1.800 grammes, ce qui donne un poids proportionnel de 1 : 66. Chez l'homme, le poids moyen du cerveau étant de 1.300 grammes environ, et le poids moyen du corps de 62 kilogrammes, le premier est au second dans le rapport de 1 : 47. Cette supériorité, relativement faible sur le cétacé, serait peut-être décevante pour notre amour-propre, s'il était établi que le poids du cerveau donne à lui seul la mesure de l'intelligence :

nous savons, au contraire, que bien d'autres facteurs, entre autres la composition intime, la disposition des éléments, etc., entrent en ligne de compte pour l'évaluation de la valeur qualitative de l'organe. Vouloir déterminer le degré d'intelligence par la seule inspection du crâne ou par l'évaluation de son contenu, ce serait, dit Sappey, se placer dans les conditions d'un calculateur s'efforçant de résoudre avec une seule donnée un problème qui en comporterait plusieurs.

Les anatomistes, en ce qui concerne le poids du cerveau, ont depuis longtemps constaté qu'il varie selon les races, l'âge, le sexe, la stature, la condition de santé ou de maladie, le genre d'occupations, intellectuelles ou mécaniques, et selon le degré d'intelligence.

Le Dr Matiegka, de Prague, vient de publier un travail sur les rapports du poids du cerveau avec la profession (1). Il pose comme prémisses que le développement physique et la capacité intellectuelle influent sur le choix de la profession, que réciproquement certaines professions exercent une action incontestable sur la constitution physique, et qu'enfin il existe entre le poids du cerveau, la constitution physique et les aptitudes intellectuelles des rapports qu'on peut contrôler.

Ces prémisses permettent de conclure à l'existence d'un rapport entre le poids du cerveau et le genre d'occupations.

La thèse n'est pas nouvelle, on peut même dire qu'elle est, sinon catégoriquement formulée, du moins implicitement admise par la plupart des auteurs qui ont étudié les variations du poids du cerveau; aussi est-ce moins par la nouveauté du sujet que par la clarté de l'exposition, la justesse de l'observation et la rigueur des déductions que le travail mentionné présente de l'intérêt.

Le Dr Matiegka avait déjà publié (in *Sitzungsberichten der Kgl. böhm. Gesellschaft der Wissenschaften in Prag*, 1902, XX) un travail sur le poids du cerveau, travail

(1) *Ueber die Beziehungen des Hirngewichts zum Berufe* (Des rapports du poids du cerveau avec la profession), par le Dr H. Matiegka, brochure in-8° extrait de la *Politisch-anthropologische Revue*. Eisenach et Leipzig, année III, fascicule I.

basé sur des observations faites à l'Institut anatomopathologique du professeur Hlava. Il a eu la surprise de voir que le Dr K. Weigner, qui avait puisé ses matériaux à la même source, était arrivé, dans une publication (1) sur la signification du poids du cerveau chez l'homme, à des constatations opposées aux siennes.

Convaincu qu'une pareille divergence ne pouvait être imputée, ni au hasard qui aurait fait tomber les deux auteurs sur des faits opposés, ni à une différence de méthode de pesée qui n'aurait pas changé les résultats quant au fond, le Dr Matiegka l'attribue à la manière défectueuse de classer et de sérier les faits observés. Il a donc repris tous les cas cités par Weigner, et, dans une nouvelle étude (2), les a classés après avoir eu soin : 1° d'éliminer tous les cas où la méthode de pesée lui paraissait susceptible d'avoir donné lieu à des erreurs ; 2° de ne pas faire entrer en ligne de compte les observations avec lésion du cerveau ou de ses enveloppes ; 3° d'écarter tous les cerveaux d'aliénés ; 4° enfin, de ne pas négliger les questions d'âge, de sexe, etc. Après ce travail éliminatoire, les cas cités par Weigner ont donné des résultats identiques à ceux que l'auteur avait obtenus avec ses propres observations, et ont mis, pour ainsi dire, Weigner en contradiction avec lui-même.

Pour mettre bien en relief les avantages de la méthode du Dr Matiegka, il faut suivre l'auteur dans les étapes successives qui lui ont permis de contrôler, d'une part par ses observations personnelles, d'autre part par les faits mêmes relatés par son contradicteur, la légitimité de ses prémisses et de ses conclusions.

Peut-être, cependant, conviendrait-il de faire quelques réserves au sujet de l'avis de l'auteur sur l'influence des aptitudes physiques et intellectuelles dans le choix de la profession. Si le rôle de ces deux facteurs n'est pas niable, il est, d'autre part, manifeste que les condi-

(1) *Beitrag zur Bedeutung des Gehirngewichts beim Menschen* (Contribution à la signification du poids de l'encéphale chez l'homme); par le Dr K. Weigner. In *Anatomischen Heften*, 1903, I Abt. 71 Heft.

(2) *Ueber die Bedeutung des Hirngewichts beim Menschen* (De la signification du poids du cerveau chez l'homme); par le Dr Matiegka, broch. in-8° extrait des *Anatomischen Heften*, Heft 73. Band 23.

tions sociales, le milieu, les préjugés et l'esprit de routine exercent trop souvent sur le choix de la profession une influence prépondérante, et en opposition avec les indications données par le degré de développement physique ou intellectuel : sans compter que des considérations d'ordre budgétaire ferment la voie des études supérieures, et par conséquent de beaucoup de carrières, à nombre de sujets d'une intelligence supérieure, alors que dans les classes riches ou aisées on pousse aux études et aux carrières libérales des jeunes gens qui, à ne considérer que leurs capacités intellectuelles et leurs aptitudes physiques, auraient été mieux à leur place dans des situations où le travail mécanique joue un rôle plus important. Quant à l'influence du genre d'occupation sur les conditions somatiques et intellectuelles, elle n'est pas niable : la taille des travailleurs en plein air dépasse de deux centimètres celle des ouvriers en locaux fermés (Beddoe), celle des habitants des quartiers plus sains d'une ville est supérieure de 49 millimètres à celle des habitants des quartiers populeux et malsains (Olvizc). Le développement physique des enfants augmente avec la prospérité des quartiers qu'ils habitent ; et Hovelacque, Collignon, Ammon, Hult-Krantz, ont montré que la taille et le développement physique augmentent en raison de l'amélioration des conditions de l'existence. Quant à l'empreinte imprimée à l'individu par la profession, empreinte qui résulte de certains caractères physiques ou psychiques, elle est si visible, que tout le monde se fait une idée du type du forgeron, du maître-d'hôtel, du cuisinier, du tailleur, etc. Cette constitution professionnelle a sa répercussion jusque sur la morbidité et la mortalité, et peut se retrouver même chez les descendants.

Chalumeau, selon la théorie de Lapouge-Ammon, a cherché à expliquer ces différences de caractères physiques dans les différentes classes de la société et entre les hommes, selon qu'ils se livrent à des travaux manuels ou intellectuels, par la variété des races qui composent la population de l'Europe, en admettant que chaque race choisit les carrières les plus conformes à ses aptitudes et à ses goûts. Cette opinion, outre qu'elle n'est pas à l'abri de toute critique, ne prouve rien

contre les conclusions de Matiegka, qui dit que les caractères en question ne sont pas sans rapport avec la profession et qu'ils ont une influence sur le poids du cerveau.

En ce qui concerne le rapport entre les particularités somatiques et entre l'intelligence et le poids du cerveau, il a été démontré par de nombreux travaux. L'auteur, avant de traiter ce sujet, fait remarquer que le poids du cerveau ne saurait à lui seul servir de critérium de la capacité fonctionnelle; il faut tenir compte d'autres facteurs, tels que le développement régulier des différentes parties de l'encéphale et des circonvolutions, l'épaisseur de la substance grise corticale, la constitution chimique, la nutrition, le perfectionnement des facultés par l'éducation, etc.

Dans un cas particulier un seul caractère ne permet donc pas de juger de la capacité fonctionnelle de l'organe; mais quand on opère sur de grandes séries, la valeur de ce caractère sera mise en évidence.

Déjà durant la vie intra-utérine la masse du cerveau est en rapport du développement somatique, et, si le système nerveux peut être perfectionné par l'éducation, il n'en est pas moins vrai que les hommes de génie naissent surtout comme tels, l'intelligence ayant pour condition le développement de certaines parties du cerveau avec variations correspondantes du poids de l'organe. Ce poids peut d'ailleurs varier pendant la vie selon la présence d'une plus ou moins grande quantité de liquide, et n'est pas toujours sur le cadavre le même que durant la vie. Le genre de mort, selon qu'il comporte un état de pléthore plus ou moins marqué, amène aussi des changements dans la masse de l'organe. Les pesées donneront donc des résultats différents selon les catégories. Les cerveaux malades des pensionnaires d'un asile d'aliénés, ceux qu'on observera dans un hôpital sur des sujets ayant succombé à une affection chronique, ceux des hôpitaux militaires où ne meurent que des sujets dans la force de l'âge, ceux enfin qui sont examinés dans un institut de médecine légale, le plus souvent à la suite de mort violente, donneront des résultats différents; aussi est-il permis d'imputer à la différence d'origine des matériaux examinés les différences

dans les résultats obtenus par divers auteurs, sans qu'il soit même nécessaire de faire entrer en ligne de compte la différence des méthodes. Nous avons vu cependant que tout en opérant sur des matériaux fournis par le même institut anatomo-pathologique du professeur Hlava, le docteur Weigner est arrivé à des résultats qui ne concordent pas avec ceux du D^r Matiegka, et que la divergence a été attribuée par celui-ci à une différence de méthode dans le classement des faits observés. Dans sa nouvelle étude entreprise pour justifier sa manière de procéder, Matiegka se base surtout sur les faits observés à l'Institut de médecine légale du professeur Reiusberg. Il établit successivement quelles sont les variations du poids du cerveau imputables à l'âge, au sexe, à la taille, au développement des muscles et du squelette, à l'état de la nutrition, à la maladie, au genre de mort, aux affections mentales, à l'intelligence. D'autre part, il traite par la même méthode les faits relatés par Weigner, d'après les observations faites à l'Institut anatomo-pathologique. Il sera intéressant de comparer les résultats obtenus dans les deux cas, en les mettant sous les yeux du lecteur successivement pour chaque point de vue étudié par l'auteur ; ce sera le meilleur moyen de mettre en relief la portée de ses recherches et la valeur de sa méthode.

Pour faire ressortir les variations de poids imputables à l'âge et au sexe, Matiegka, après élimination des cerveaux malades, établit des catégories comprenant pour chaque sexe, d'une part les sujets de 20 à 60 ans, d'autre part, ceux de 60 à 90 ans. Le tableau suivant indique les résultats obtenus :

	De 20 à 60 ans.	De 60 à 90 ans.	Moyenne.	Différence entre le 1 ^{er} et le 2 ^e groupe,
	gr.	gr.	gr.	gr.
Hommes . .	1.450,4	1.404,2	1.441,5	46,2
Femmes . .	1.305,5	1.231,2	1.290,3	74,3
Différence.	144,9	173,0	151,2	

On voit que suivant l'âge la différence de poids a atteint 46 gr. 2 chez l'homme et 74 gr. 3 chez la femme. Suivant le sexe, le poids du cerveau a varié de

144 grammes dans la catégorie des sujets compris entre les âges extrêmes de 20 et 60 ans ; dans la catégorie des sujets âgés de 60 à 90 ans la différence suivant le sexe a atteint 173 grammes.

Soumettant ensuite au même examen au point de vue de l'âge et du sexe les cerveaux sur lesquels avait opéré Weigner, l'auteur les groupe d'abord en sept séries selon leur poids (de 1.000 à 1.700 grammes), opération qui est indiquée par le tableau suivant :

Poids du cerveau.

	1.000 à 1.099 gr.	1.100 à 1.199 gr.	1.200 à 1.299 gr.	1.300 à 1.399 gr.	1.400 à 1.499 gr.	1.500 à 1.599 gr.	1.600 à 1.699 gr.
Hommes de 20 à 59 ans.	—	1	4	10	4	1	1
— de 60 à 80 ans.	—	1	1	4	—	—	—
Femmes de 20 à 59 ans.	5	11	13	7	2	—	—
— de 60 à 80 ans.	—	6	1	—	—	—	—

On voit à l'inspection de ce tableau que le point culminant, c'est-à-dire celui qui représente le nombre le plus fort de cas (1.300 à 1.400 grammes chez les hommes et 1.200 à 1.300 grammes chez les femmes), est aussi celui qui représente le point médian de la série, c'est-à-dire celui des deux côtés duquel le nombre des cas va en diminuant. Un simple coup d'œil sur ce tableau permet par conséquent de se rendre compte des faits suivants :

1° D'une façon générale, le poids du cerveau de l'homme est supérieur à celui du cerveau de la femme, ce qui n'empêche pas que certaines femmes puissent avoir un cerveau plus pesant que les hommes ;

2° D'une façon générale, le poids du cerveau est plus élevé entre 20 et 60 ans qu'entre 60 et 80.

L'influence de l'âge et du sexe apparaît immédiatement.

L'influence de l'âge est rendue encore plus évidente par la répartition des faits observés en trois grands groupes comprenant les cerveaux pesant 1.300 grammes

ou moins, ceux pesant 1.300 à 1.400 grammes, et enfin ceux qui pèsent plus de 1.400 grammes, ce qui donne le tableau suivant :

Poids.	Hommes de 20 à 59 ans.	Hommes de 60 à 80 ans.
1.299 grammes.	5 = 23,8 p. 100	2 = 33,3 p. 100.
1.300 à 1.399 grammes.	10 = 47,6 —	4 = 66,6 —
1.400 grammes et plus .	6 = 28,6 —	0 = 0 —

Poids.	Femmes de 20 à 59 ans.	Femmes de 60 à 80 ans.
Jusqu'à 1.199 grammes.	16 = 42,1 p. 100	6 = 85,7 p. 100.
1.200 à 1.299 grammes.	13 = 34,2 —	1 = 14,3 —
1.300 et plus.	9 = 23,7 —	0 = 0 —

L'inspection de ce tableau nous montre que le cerveau des personnes âgées des deux sexes a le plus souvent un poids inférieur à celui des personnes plus jeunes.

On peut encore faire la comparaison des poids en prenant la moyenne de tous les cas observés, comme dans le tableau suivant :

Poids moyen du cerveau.

	Grammes.
Hommes de 20 à 59 ans	1.361,9
— 60 à 80 ans	1.309,1
Femmes de 20 à 59 ans	1.228,4
— 60 à 80 ans	1.161,4

Ici encore les matériaux de Weigner viennent à l'appui de la thèse de l'auteur. Celui-ci insiste sur la nécessité de calculer la moyenne sur la généralité des cas, et met en garde contre l'emploi exclusif du minimum et du maximum, qui ne sauraient caractériser une série, ainsi que le prouvent les essais faits par Weigner. Si en effet, avec cet auteur, on ne tient compte ni du point culminant, ni du point médian de la série, et si l'on s'en tient à l'appréciation du maximum et du minimum de poids constaté, la moyenne change beaucoup quand on supprime les deux chiffres extrêmes d'une série ; tandis que la même suppression change peu la moyenne calculée sur l'ensemble des cas.

Il est facile de se rendre compte que cette moyenne a une valeur bien plus significative que celle obtenue au moyen du maximum et du minimum. Elle coïncide dans les tableaux, à peu de chose près, avec le point culminant (celui du plus grand nombre de cas), et avec le point médian (celui des deux côtés duquel se trouvent répartis à peu près également les autres cas), elle donne donc vraisemblablement le cas le plus fréquent, le cas-type.

En ce qui concerne l'influence de la taille sur le poids du cerveau, les faits observés par Matiegka apprennent que ce poids augmente d'une manière constante avec la taille, mais non dans la même proportion qu'elle, de telle sorte que plus la taille s'élève, plus le poids du cerveau par centimètre de taille diminue. A 1^m50 de taille, ce poids est de 9 grammes ; à 1^m80 il n'est plus que de 8 gr. 1. Ici encore les faits rapportés par Weigner, traités par la méthode de Matiegka, au point de vue de la taille, comme ils l'avaient été au point de vue de l'âge et du sexe, ont confirmé les constatations antérieurement faites par Matiegka.

D'après le développement plus ou moins fort du système musculaire ou osseux, Matiegka a également trouvé des variations correspondantes du poids du cerveau, et si les cas publiés par Weigner ne lui ont pas permis d'établir cette différence, celle-ci est en quelque sorte reconnue par Weigner lui-même, lorsque (page 107) il explique l'infériorité du poids du cerveau chez la femme par la plus grande gracilité de forme du corps.

Pour les variations imputables à l'état de la nutrition, Matiegka a observé une différence de 36 gr. 50 en faveur des personnes placées dans de bonnes conditions de nutrition.

Les faits rapportés par Weigner ont donné des résultats analogues, et même plus accentués, se chiffrant par une différence de 104 grammes chez les hommes et 70 grammes chez les femmes.

La nutrition tombant en souffrance surtout du fait de la maladie, il était facile de prévoir une diminution du poids du cerveau dans les maladies chroniques. De même peut se présumer l'influence du genre de mort, selon que celle-ci est accompagnée de fortes hémor-

ragies, ou au contraire de stase sanguine, comme dans la pendaison et la submersion.

Pour les affections mentales, certains auteurs ont trouvé le poids du cerveau supérieur à la moyenne dans certaines formes de folie, inférieur dans d'autres. Selon Matiegka, le stade et la durée de l'affection jouent ici un grand rôle, et les résultats doivent varier aussi suivant la nature de la maladie. Personnellement, suivant les observations faites à l'Institut anatomo-pathologique du professeur Hlava, il a, comme la plupart des auteurs, trouvé chez les aliénés un poids cérébral inférieur à la moyenne (1.287 grammes au lieu de 1.347).

Les faits rapportés par Weigner donnent pour les sujets sains d'esprit un poids cérébral moyen de 1.361 gr. 9 et 1.300 gr. 4 pour les aliénés. Mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit là d'états pathologiques, et conclure de l'existence d'un poids cérébral supérieur chez certains aliénés à l'absence de rapport entre la capacité intellectuelle et le poids du cerveau serait une erreur. Ce rapport ne paraît pas niable, et son existence est admise par les principaux anatomistes, physiologistes et anthropologistes de notre temps. Aussi, quoique les faits consignés dans la publication de Weigner ne fournissent d'arguments ni pour ni contre cette opinion, Matiegka estime-t-il que la capacité intellectuelle est le facteur dont l'influence sur le poids du cerveau est tout à fait prépondérante, à tel point qu'elle est mise en évidence par les moyennes obtenues dans l'évaluation du poids du cerveau, même quand on ne tient compte d'aucun des autres facteurs susceptibles d'influencer dans un sens ou dans un autre le poids de l'encéphale.

Cela est d'ailleurs conforme aux principes posés par Bischoff et par d'autres, à savoir qu'il y a un rapport étroit entre la force et la matière de tout corps comme de tout organe; que l'intelligence augmente dans la série animale avec les dimensions du cerveau; qu'un fonctionnement psychique normal est impossible au-dessous d'un certain minimum de développement cérébral; que la microcéphalie est accompagnée d'idiotie et que chez les hommes d'une intelligence supérieure, on trouve un cerveau d'un poids plus élevé; que le cerveau

augmente avec l'intelligence dans le jeune âge et diminue avec elle chez le vieillard ; que les peuples civilisés ont le cerveau d'un poids supérieur à celui des peuples primitifs, et que, à en juger par la capacité crânienne, le poids du cerveau des Européens aurait augmenté.

A ces arguments on a objecté d'une part que des hommes d'une supériorité intellectuelle incontestée (Gambetta, Tiedemann, etc.) avaient un cerveau d'un poids inférieur à la moyenne, tandis que d'autre part on a trouvé des cerveaux d'un poids élevé chez des hommes insignifiants, aliénés ou imbéciles.

La première objection tend simplement à prouver que le poids du cerveau n'est pas la seule condition de l'intelligence, et qu'il faut considérer, comme le dit Manouvrier, à côté de la supériorité quantitative, la supériorité qualitative et morphologique. Ce sont là autant de facteurs pouvant engendrer la supériorité intellectuelle, et chacun considéré isolément ne constitue pas un élément suffisant pour jauger l'intelligence, quoiqu'il conserve sa signification propre.

Peut-être aussi, en dressant les tableaux bien connus du poids du cerveau des hommes supérieurs, a-t-on parfois confondu la célébrité avec la supériorité intellectuelle, et conviendrait-il de faire de ce chef quelques rectifications. Il se peut qu'on ait classé, parmi les hommes supérieurs ayant un poids cérébral peu élevé, des personnalités dont la supériorité intellectuelle n'était pas bien établie ; la toge du professeur n'est pas en effet par elle-même une preuve de génie. D'autre part certains hommes considérés comme ordinaires au point de vue intellectuel, et figurant dans la colonne des cerveaux à poids élevé, ont pu être des sujets à intelligence réellement supérieure, mais auxquels les occasions de briller et d'arriver à la célébrité ont manqué. Tel serait notamment le cas du notaire de campagne Bouny dont le cerveau du poids de 1.935 grammes a été décrit par Manouvrier qui, à la suite d'une enquête minutieuse, a acquis la certitude que ce notaire avait eu une intelligence réellement supérieure et pouvait sous ce rapport supporter avantageusement la comparaison avec tel ou tel auteur que quelques ouvrages, même dénués

de valeur, ont fait classer parmi les écrivains et les savants.

Il ne faut pas davantage se laisser troubler par l'objection tirée de la supériorité du poids du cerveau chez certains aliénés. Le cerveau ne comprend pas exclusivement des éléments qui servent à l'activité intellectuelle. A côté de ces éléments nobles il en est d'autres (tissu conjonctif, liquide céphalo-rachidien et même productions morbides) dont le rôle est nul au point de vue de l'activité psychique. La proportion de ces éléments respectifs n'est pas constante, même chez l'homme sain d'esprit, et il va sans dire que, si les parties nobles prédominent, on pourra trouver, comme le fait remarquer Manouvrier, un cerveau d'un poids moyen chez un sujet très intelligent. Réciproquement, si les éléments de soutien et autres ont acquis un développement prépondérant, on pourra trouver un cerveau d'un poids élevé chez un homme d'une intelligence faible.

Il n'en est pas moins vrai que la supériorité intellectuelle est un facteur très important au point de vue de la moyenne du poids du cerveau. Les statistiques sont presque toutes concordantes sur ce point. Sur 22 hommes supérieurs cités par Waldeyer, 4 seulement avaient un cerveau d'un poids au-dessous de la moyenne, et parmi eux figuraient deux vieillards (Hausmann et Tiedemann) et Gambetta qui était de petite taille.

Pour 60 cerveaux d'hommes célèbres, Buschan a trouvé dans 80 pour 100 des cas un poids supérieur à la moyenne.

Dans les mêmes conditions, Manouvrier a trouvé dans 44 cas le poids du cerveau supérieur de 70 grammes à celui du cerveau des Parisiens. Une statistique de Spitzka, de New-York, de laquelle les sujets âgés de moins de 40 ans sont exclus, nous montre chez les hommes d'une intelligence supérieure une plus grande proportion des cerveaux atteignant le poids de 1.500 gr., et plus. De même la statistique de Manouvrier, qui compare le poids des cerveaux d'hommes d'une intelligence supérieure à celui des cerveaux de sujets de forte taille, mentionne une plus grande proportion de cerveaux d'un poids élevé chez les premiers. Spitzka a d'autre part relevé chez 90 hommes supérieurs un poids

moyen du cerveau de 1.473 grammes, supérieur de 125 grammes au poids moyen du cerveau des Européens. En répartissant les cas d'après les professions, les représentants des sciences exactes (mathématiciens, astronomes) tenaient la tête. Classés d'après les nationalités, les Américains sont en tête avec 1.518 grammes par cerveau, les Français en queue avec 1.440 grammes. Ces différences sont peut-être imputables à la différence de la taille.

Beddoë, par des mensurations de la tête chez 526 personnes, a trouvé la capacité crânienne la plus forte chez 60 personnes supérieurement douées au point de vue intellectuel ; les crânes des classes supérieures venaient ensuite avec une capacité inférieure relativement aux précédentes, mais supérieure relativement aux personnes des classes ouvrières.

Pour mettre en évidence l'importance du rapport qui existe entre le poids du cerveau et l'intelligence, il importe d'opérer surtout sur des cerveaux de personnes ayant eu une valeur intellectuelle réellement supérieure.

Les variations peu accentuées de capacité psychique peuvent très bien ne pas coïncider avec des variations correspondantes du poids du cerveau, et cela en raison de la multiplicité des facteurs qui peuvent modifier ce poids.

On ne saurait s'étonner de ce que Giltchenko, comparant les cerveaux d'officiers et d'employés militaires à ceux des hommes de troupe, ait trouvé chez les derniers un poids plus fort. La différence, d'ailleurs peu marquée, aurait peut-être changé de côté avec les corrections que comportaient l'âge et le développement musculaire et osseux des sujets.

On a tenté aussi de résoudre le problème du rapport de l'intelligence et du poids du cerveau, sur le vivant.

Parchappe, dès 1836, a constaté que « les hommes distingués avaient la tête plus grosse » ; Broca a fait la même observation pour les lettrés.

Galton et Venn ont trouvé que les dimensions de la tête diminuaient avec la valeur scolaire chez les étudiants de Cambridge. Vaschide et Pelletier, ainsi que Matiegka, ont constaté le même fait à Paris et en Bohême.

Les mensurations sur le vivant semblent donc corroborer les observations anatomiques en ce qui concerne les rapports de l'intelligence et du poids du cerveau.

D'après Matiegka, l'intelligence est le facteur dont l'influence serait prépondérante; les autres facteurs seraient, par rang d'importance, le développement du système musculaire, la taille, l'état de la nutrition, le développement du système osseux.

En étudiant l'action de ces facteurs chez 300 hommes âgés de 20 à 60 ans, Matiegka a constaté que sous l'influence convergente de plusieurs d'entre eux, le poids du cerveau est tombé d'une part de 1.450 gr. 4 à 1.360, et a monté d'autre part à 1.591 gr. 7; ce qui donne une différence de 231 gr. 7 entre les deux extrêmes. Il a cherché aussi à fixer la valeur propre des différents facteurs, en déterminant la mesure dans laquelle ils agissent sur le poids du cerveau. Opérant sur des hommes de 20 à 60 ans, il a trouvé les différences suivantes :

	Grammes.
Selon l'intelligence	90
Selon le développement musculaire (fort ou faible).	77,5
Selon la taille (petite ou grande).	72,3
Selon l'état de la nutrition (bon ou mauvais).	36,5
Selon le développement du squelette (fort ou gracile).	28,1

On comprend que ces chiffres ne sauraient exprimer des rapports absolus, les bases sur lesquelles ils sont établis ayant, la taille exceptée, un caractère purement descriptif.

Il semble d'ailleurs, d'après Matiegka, qu'un certain développement harmonique des proportions somatiques et des facultés mentales soit la condition la plus favorable pour le développement des organes en général, et par conséquent du cerveau. Aussi est-ce chez les sujets dont la musculature, le développement du système osseux et la nutrition se tiennent dans une bonne moyenne qu'on observe les plus grands poids du cerveau.

Dès le début de son travail, Matiegka a attiré l'attention sur certaines propriétés somatiques et mentales,

de celles précisément qui exercent une influence sur le poids du cerveau, et qui entrent en jeu pour l'exécution de certains travaux, pour l'exercice de certaines professions. C'est là ce qui explique les rapports entre le poids du cerveau et le genre d'occupation.

Matiegka a pu, pour ainsi dire, faire toucher du doigt ce rapport, en divisant en six groupes, selon leurs professions, les sujets qu'il a observés à l'Institut de médecine légale. Ces groupes sont les suivants :

1° Journaliers : individus généralement mal doués au point de vue intellectuel — chômant souvent — mal musclés parce que mal nourris.

2° Ouvriers à métier fixe : conditions physiques et intellectuelles meilleures que chez les précédents.

3° Gens de maison : certaines capacités intellectuelles. Bonne alimentation.

4° Artisans : capacités intellectuelles plus marquées, muscles développés par le travail. Bonne alimentation.

5° Professions exigeant un travail intellectuel : employés, professeurs, musiciens, etc. Mal musclés. Bien nourris.

6° Professions exigeant des études supérieures : musculature plutôt faible. Bonne alimentation.

Or, le poids moyen du cerveau pour ces six groupes a été :

	Grammes.	Personnes.
Pour le 1 ^{er} groupe.	1.410	14
— 2 ^e groupe.	1.433	34
— 3 ^e groupe.	1.435,7	14
— 4 ^e groupe.	1.449,6	123
— 5 ^e groupe.	1.468,5	28
— 6 ^e groupe.	1.500	22

On peut constater que pour les six groupes, l'augmentation du poids du cerveau est progressive, et cela dans le sens indiqué par l'importance attribuée aux différents facteurs. Des cas exceptionnels ne comportent aucune conclusion, et s'expliquent généralement par l'influence convergente de différents facteurs ; c'est ainsi que Matiegka a trouvé un cerveau de 1.700 grammes chez un prisonnier de haute taille, d'un développement osseux très fort, en bon état de nutrition, et mort par pendaison. Par contre, un pianiste alcoolique,

de petite taille et mort asphyxié, avait un cerveau de 1.250 grammes seulement.

On ne connaît pas, d'ailleurs, toutes les conditions susceptibles d'influencer le poids du cerveau, et il est difficile, dans chaque cas particulier, de dire quel est, parmi les facteurs qui nous sont connus, celui qui a surtout agi.

D'autre part, certains groupes sont soumis à des influences générales dont la valeur se dégage nettement. C'est ainsi que Matiegka attribue à la mauvaise alimentation des employés du bâtiment et de l'habillement, et au développement musculaire plutôt faible des derniers, la diminution du poids de leur cerveau : 1.433 gr. 6 chez ceux-ci, et 1.423 gr. 6 chez les premiers. Pour des raisons tout à fait opposées, le poids du cerveau chez les ouvriers sur bois et sur métaux a été trouvé très fort : 1.476 gr. 7 en moyenne. Enfin, chez les ouvriers de l'alimentation, en raison sans doute de la fréquence de l'alcoolisme, cette moyenne tombe à 1.416 gr. 9.

Les faits observés par Matiegka, ceux relatés par Weigner et traités par les procédés statistiques de Matiegka s'accordent, comme on voit, pour établir qu'il existe réellement un rapport entre le poids du cerveau et le genre d'occupation.

A ce fait d'abord logiquement déduit des prémisses posées, Matiegka a donné la valeur d'un phénomène d'observation, on pourrait dire d'un fait expérimentalement vérifié, et susceptible, croit-il, de dissiper les doutes qui pourraient encore subsister sur ce point.

Pour aller au-devant de l'objection qu'on pourrait être tenté de lui faire sur la facilité d'asservir la statistique à une théorie préconçue, Matiegka indique les conditions requises pour rendre les statistiques comparables entre elles. Ce serait pour n'avoir pas rempli ces conditions que les statistiques de Weigner ont donné des résultats contradictoires, en apparence du moins, avec les siens. L'on ne saurait en effet comparer directement les résultats de pesées du cerveau qu'à condition de puiser les observations à la même source, d'employer des méthodes de pesée identiques, d'écarter préalablement tous les cas sujets à cantion (affections

cérébrales, mentales, etc.). Il faut en outre traiter les matériaux ainsi recueillis par des méthodes de statistique appropriées; former des séries, des groupes, etc. Le calcul des moyennes est indiqué quand on opère sur des séries assez étendues, tandis que la comparaison de la valeur maxima et minima, sans égard pour les autres données, n'a qu'une valeur restreinte.

Par l'application méthodique de ces règles, Matiegka a mis une fois de plus en évidence les facteurs déjà connus, il est vrai, qui exercent une influence sur le poids du cerveau; mais il a, en outre, le mérite d'avoir établi leur importance respective et, par l'ingénieux groupement des sujets observés en six catégories, suivant la nature et l'importance des facteurs mis en cause, d'avoir nettement indiqué par quelle voie et dans quelle mesure le poids du cerveau est en rapport avec la profession.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1904

Présidence de M. CHRISTIAN

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Colin, Doutrebente, Leroy, Marchand, Philippe, Thivet, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentations d'ouvrages,

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Brunet, président, qui, étant indisposé, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

2° Une lettre de M. le Ministre de l'Instruction publique, adressant à la Société les programmes du Congrès des Sociétés savantes, qui se tiendra à Alger du 19 au 25 avril 1905.

3° Une lettre de M. Gimbal, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant.

4° Une lettre de M. le Dr Vernet, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Sainte-Catherine d'Yseure, qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Christian, Ritti, Antheaume, rapporteur.

5° Une lettre de M. le Dr Saporito, d'Aversa, qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Dupain, Semelaigne, Arnaud, rapporteur.

6° Une lettre de M. le Dr Foerster, de Bonn, qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Magnan, Sérieux, Kéraval, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Des brochures du Dr Massalongo, professeur agrégé de l'Université de Padoue, médecin en chef de l'Hôpital

majeur de Vérone : *Malattie evitabili. Conferenza popolare pro Dante Alighieri; Sclerosi a placche famigliare; Contribution à l'étude de l'origine corticale des tremblements. La lotta antituberculare e lo stato. La cura d'Uva.* Comunicazione alle XI Congresso di Medicina interna in Roma.

2° Une brochure de M. le D^r Del Greco : *La psiche del simulatore.*

3° Le bulletin officiel du Congrès international de Lisbonne, n^{os} 2 et 3.

4° La *Revue de l'hypnotisme*, numéros d'août, septembre et octobre.

5° La *Tempérance*, numéros de septembre et d'octobre.

6° Les *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéros d'août, septembre et octobre.

Tentative de meurtre d'un aliéné sur M. Vallon.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, vous connaissez tous la tentative de meurtre dont notre vice-président, M. Vallon, a été victime de la part d'un aliéné. Aujourd'hui, notre collègue va aussi bien que possible. Je vous propose de lui envoyer, au nom de notre Société, l'expression de notre profonde sympathie et les vœux que nous formons pour son prompt rétablissement.

Contribution à l'étiologie du syndrome de la démence précoce,

par MM. ROUBINOVITCH et PHULPIN.

Au cours de recherches que nous avons faites, lors de la suppléance exercée par l'un de nous, pendant deux mois, dans les sections d'aliénées de la Salpêtrière, nous avons étudié spécialement l'état de l'appareil circulatoire chez trente et un sujets atteints de démence précoce.

Nous avons eu l'occasion de noter ainsi quelques particularités, telles que l'existence de bruits extra-cardiaques chez les deux cinquièmes environ de nos malades, et surtout l'abaissement habituel de la tension

artérielle. Plus des trois quarts de nos démentes qui n'étaient pas atteintes d'affection du cœur, des vaisseaux, des poumons ou des reins, capable d'influencer la tension artérielle, avaient une tension basse et qui, mesurée au sphygmomanomètre de Potain, oscillait entre 13 et 14 cent. 1/2 de mercure. La tension artérielle descendait même, pour deux d'entre elles, à 12 centimètres, bien qu'elles ne fussent, ni l'une ni l'autre, suspectes de tuberculose.

Cinq seulement possédaient une tension normale, qui variait entre 15 et 17 centimètres. C'est dans ce groupe que se trouvaient les trois malades qui jouissaient de la santé générale la plus satisfaisante.

Ces résultats concordent assez bien avec ce que l'on pouvait prévoir théoriquement. Le grand nombre de bruits extra-cardiaques et l'hypotension artérielle paraissent dus à la déchéance organique, vers laquelle évoluent plus ou moins rapidement la plupart des déments précoces.

Notre enquête nous a permis de faire une autre constatation. Elle nous a fait trouver, parmi les trente et une malades soumises à notre examen, une série de sept cas de rétrécissement mitral *pur*, bien caractérisé par l'existence d'un roulement présystolique et par celle d'un doublement constant du deuxième bruit.

Bien que la sténose mitrale ne soit pas rare chez les jeunes filles et les jeunes femmes à l'état latent, cette proportion nous a paru assez forte pour nous faire penser qu'il y avait, peut-être, parfois autre chose qu'une simple coïncidence dans cette association.

Le rétrécissement mitral pur et la démence précoce sont d'ailleurs considérés, l'un et l'autre, par certains auteurs, comme une *maladie d'évolution*.

Nous nous bornerons à résumer ici l'histoire clinique des sept déments précoces, atteints de sténose mitrale, dans ce qu'elle a d'essentiel.

OBS. I. — P..., vingt-huit ans. Taille : 1^m52. Poids : 42 kil. 100. Entrée en février 1903 avec des troubles mentaux caractérisés par une grande excitation ; un désordre très marqué dans les idées, au milieu desquelles on saisissait des préoccupations hypocondriaques ; des hallucinations ; une turbulence

accompagnée de sauts, de cris : le tout entremêlé d'une façon incohérente.

Pendant dix-huit mois, le tableau clinique est resté le même. Depuis la fin du mois de juillet 1904, l'excitation a disparu pour faire place à une sorte de torpeur avec lenteur extrême de l'idéation et affaiblissement notable de la mémoire. C'est une femme de petite taille, pâle. Tension artérielle : 12,5.

A l'auscultation : dédoublement du deuxième bruit et roulement présystolique.

OBS. II. — B..., dix-neuf ans. Taille ; 1^m52. Poids : 57 kil. 200. Cette malade, qui traverse actuellement une période de rémission très accentuée, est entrée en mai 1903 avec un affaiblissement notable des facultés intellectuelles, alternatives de grande excitation et de torpeur, tendance à des mouvements impulsifs et refus d'aliments. Cet état était encore le même en juin 1904. A partir du mois de juillet, la malade se calme, ses hallucinations disparaissent et ses idées ont tendance à s'associer plus correctement.

En septembre, l'amélioration est encore plus sensible, car elle se rend compte qu'elle a été démente et qu'actuellement son intelligence est diminuée par rapport à ce qu'elle était auparavant.

Dans son état physique, nous notons quelques stigmates de dégénérescence (front asymétrique, lobule de l'oreille droite sessile, voûte palatine légèrement ogivale). Les pupilles en mydriase sont égales et contractiles. La tension artérielle est de 12.

A l'auscultation : roulement présystolique, claquement d'ouverture de la mitrale ; dédoublement constant du second bruit.

Aux poumons : submatité au sommet gauche, en avant et en arrière ; respiration rude.

Dans les antécédents héréditaires, nous relevons les faits suivants : mère hystérique à grandes attaques et sœur morte à l'âge de vingt ans de tuberculose pulmonaire. Le passé personnel de la malade comprend deux détails intéressants : inaptitude marquée pour apprendre à l'école le calcul, et crises hystériques de rire entre seize et dix-huit ans.

OBS. III. — B..., vingt-trois ans. Taille : 1^m53. Poids : 41 kilog. Entrée à la Salpêtrière en juin 1902, à l'âge de vingt et un ans, avec des phénomènes qui rappelaient l'hystérie et dans un état de vive excitation accompagnée d'hallucinations diverses. Telle elle est entrée, telle elle est encore aujourd'hui : elle rit ou pleure, quitte son lit pour se promener toute nue dans la salle, parle sans cesse, tantôt en oriant, tantôt à voix basse ; son langage est complètement dissocié, incohérent.

Son faciès est notablement asymétrique.

A l'auscultation du cœur : souffle diastolique et roulement présystolique. Dédoublément du second bruit.

L'auscultation des poumons dénote une submatité du sommet gauche dans la fosse sus-épineuse, et une respiration soufflante.

OBS. IV. — R..., trente-huit ans. Taille : 1^m54. Poids : 47 kil. 100. Début à trente ans par des bizarreries de caractère. En juillet 1897, son état mental se caractérisait par un mélange incohérent d'idées mélancoliques, hypocondriaques et de persécution; diverses hallucinations s'y ajoutaient de temps à autre. Actuellement domine un affaiblissement des facultés; par intervalles, la malade s'excite légèrement et manifeste soit des idées de satisfaction, soit des idées d'hypocondrie ou de persécution, mais sans la moindre cohésion.

A l'auscultation du cœur : rythme mitral complet.

Aux poumons : submatité et respiration très rude au sommet droit, en arrière.

OBS. V. — P..., vingt-cinq ans. Taille : 1^m57. Poids : 50 kilog.

En octobre 1902, cette malade est prise d'un accès d'excitation aiguë avec idées mélancoliques, gémissements et crises de larmes. Aujourd'hui les périodes de calme sont plus fréquentes et plus longues, mais il existe une légère confusion dans les idées, et la malade continue à se livrer à des actes de négativisme : se cache sous ses couvertures quand on l'approche, ferme les yeux, contracte les muscles des membres, etc.

Au cœur : roulement présystolique et dédoublément du second bruit; frémissement cataire.

Aux poumons : submatité et affaiblissement respiratoire dans la fosse sus-épineuse gauche.

OBS. VI. — L..., vingt et un ans. Taille : 1^m61. Poids : 61 kil. Malade en pleine rémission. Entrée en juin 1904 venant de l'Infirmerie spéciale du Dépôt avec le diagnostic suivant du Dr Garnier : Excitation maniaque, désordre, loquacité, propos obscènes, orduriers; grimaces, rires, chants, déclamations incohérentes. L'amélioration s'est déclarée en août et n'a fait qu'augmenter depuis. Aujourd'hui, L... est calme, ordonnée, paraît en possession de ses moyens intellectuels, antérieurs à l'accès. C'est une personne dont l'intelligence a été plutôt au-dessous de la moyenne.

Au cœur : roulement présystolique; claquement d'ouverture de la mitrale, dédoublément du second temps.

Aux poumons : sommet droit très suspect.

OBS. VII. — D..., trente-deux ans. Taille : 1^m44. Poids : 32 kil. 300. Cette malade, remarquable par son peu de développement physique et dont l'aspect est celui d'une fillette de

quinze ans, est entrée en janvier 1903 pour des troubles mentaux caractérisés par de l'affaiblissement des facultés, grande confusion dans les idées, tendance au négativisme et à la stupeur, attitudes catatoniques. Son état est le même aujourd'hui.

Physiquement, en plus de la petitesse de la taille (1^m44), et de l'aplasie générale, on constate un léger tremblement de la langue et des mains, une hyperesthésie cutanée, une exagération notable des réflexes rotuliens.

Au cœur : rythme mitral.

Aux poumons : diminution de la sonorité et respiration légèrement soufflante dans la fosse sous-claviculaire droite.

Dans toutes ces observations, il n'y a pas d'antécédents rhumatismaux. Les malades présentent un rétrécissement mitral pur, associé à une tuberculose légère du poumon. Elle se traduit seulement, comme c'est la règle dans ces conditions, par quelques modifications dans la sonorité du thorax et dans le timbre de la respiration à l'un des sommets. Cette tuberculose est une tuberculose circonscrite et stationnaire, qui doit sa bénignité, ainsi qu'on l'admet en général, au régime circulatoire spécial sous lequel se trouve placé le poumon par la lésion mitrale.

Assez souvent, un arrêt de développement de la taille et même de l'organisme, dans son ensemble, accompagne le rétrécissement mitral ; les malades restent petites et grêles. Il en est ainsi pour les jeunes femmes des observations I, III, V et VII. Leur taille varie entre 1^m44 et 1^m57, et leur poids entre 32 kil. 300 et 50 kilogrammes.

Quelle signification doit-on donner à ce rétrécissement mitral pur observé ainsi chez des malades âgées de dix-neuf à trente-huit ans ?

On admet généralement avec Sansom et Duroziez que le rétrécissement mitral pur se révèle surtout au moment de l'adolescence, spécialement chez la femme. Les mêmes auteurs font jouer un rôle considérable dans la pathogénie de cette affection cardiaque, aux modifications trophiques générales qui accompagnent la puberté. D'après cette théorie, le rétrécissement mitral serait même, chez certains enfants, précoce et latent. Il aurait pour conséquence d'arrêter le développement du ventricule gauche qui règle ses dimensions d'après

l'importance de l'ondée sanguine qu'il reçoit. Mais à la puberté tous les organes ont une tendance à subir une augmentation de volume à laquelle participe le ventricule ; il en résulte un défaut de parallélisme entre le développement de l'orifice mitral et celui de la cavité auriculo-ventriculaire, dont la conséquence est un rétrécissement mitral indépendant d'une endocardite.

Si nous admettons cette explication, nous sommes amenés à considérer le rétrécissement mitral de nos démentes précoces comme l'effet d'une malformation cardiaque, soit congénitale, soit acquise avant l'âge de la puberté, c'est-à-dire d'une sorte de *stigmatisme cardiaque*, d'une prédisposition pathologique qui est un véritable stigmatisme de dégénérescence, ignoré jusqu'à présent dans l'étiologie de la démence précoce.

Mais, d'autre part, la tendance actuelle est d'admettre, de plus en plus, l'opinion soutenue, pour la première fois, par Pierre Teissier, que la tuberculose pulmonaire, contractée dans l'enfance ou dans l'adolescence, est la cause ordinaire du rétrécissement mitral pur et de la dystrophie générale qui parfois s'y associe. Il serait étonnant qu'une infection qui produit, à la longue, une lésion aussi caractérisée que la sténose mitrale, qui peut produire en outre un trouble de la croissance, une véritable *dystrophie tuberculeuse*, n'influât pas l'encéphale, dans quelques cas, à un moment donné, d'une façon analogue, surtout pendant la période où cet organe complète son développement.

Klippel, dans l'étude comparée qu'il a faite des lésions, dans la paralysie générale et dans diverses infections et intoxications chroniques, a constaté chez des tuberculeux, des dégénérescences des cellules nerveuses de l'écorce cérébrale, qui ont une grande ressemblance avec celles que l'on trouve dans les démences.

Le foyer tuberculeux peut quelquefois siéger ailleurs que dans le poumon. L'un de nous, dans une autopsie d'une démente précoce, faite l'an dernier à la Salpêtrière, a trouvé, comme lésion viscérale unique, une infiltration tuberculeuse très développée des ganglions trachéo-bronchiques.

On ne saurait prétendre avec quelques observations

aussi spéciales élucider la question complexe et obscure de l'étiologie de la démence précoce.

Les deux interprétations que nous avons développées et qui ne s'excluent pas l'une l'autre, car elles correspondent, en réalité, à des modalités différentes : 1°) la prédisposition héréditaire ou acquise, indiquée par le rétrécissement mitral pur en tant que stigmate cardiaque de dégénérescence, et 2°) la dystrophie tuberculeuse dont le rétrécissement mitral et la démence précoce ne seraient que des manifestations, ne correspondent évidemment qu'à un groupe de faits très restreint.

Elles nous paraissent avoir surtout la valeur d'une indication pour les recherches ultérieures.

Peut-être arrivera-t-on à constater que la syphilis et le saturnisme, qui sont aptes à provoquer le rétrécissement mitral pur, agissent de même, dans quelques cas, en ce qui concerne la démence précoce.

La question de l'étiologie de cette affection est encore trop incomplète pour que l'élément nouveau que nous apportons trouve, pour le moment, sa place ailleurs que dans un chapitre d'attente.

Contrairement à la doctrine soutenue par un grand nombre d'auteurs en Allemagne, par quelques auteurs en France, la démence précoce ne nous paraît pas être une entité, mais un syndrome, la conséquence de toute une série de processus. Il est probable que, dans le nombre de ces processus, se trouvent des infections, des intoxications, exogènes ou endogènes, qui peuvent, comme la tuberculose dans le rétrécissement mitral, rester latentes ou frustes, ou se traduire seulement par une manifestation indirecte et éloignée.

La démence vésanique est-elle une démence?

par MM. TOULOUSE et DAMAYE.

Sous ce titre, M. Toulouse fait, en son nom et au nom de M. Damaye, une communication orale dont le résumé sera publié ultérieurement.

DISCUSSION

M. CHRISTIAN. — M. Toulouse parle de la démence vésanique ; il emploie là une dénomination qui me paraît peu exacte. Il s'agit d'aliénés chroniques que nous n'avons jamais dénommés déments. Il n'y a pas de confusion, mais une systématisation, une cristallisation, comme disait Falret. Si un persécuté tombe dans la démence, c'est une complication survenant à la suite d'une congestion ou d'une hémorragie cérébrale, par exemple. C'est alors une démence apoplectique qui vient compliquer l'état délirant antérieur. Quant à la démence précoce, ce mot a été détourné de son sens primitif depuis que Kraepelin fait rentrer dans le cadre de la démence précoce des malades âgés de quarante ou de cinquante ans. La démence précoce est, par définition, celle qui survient chez les jeunes gens, et il y a chez eux un affaiblissement notoire de l'intelligence. Lorsqu'on observe l'évolution d'un dément précoce, on rencontre un affaiblissement de l'intelligence, du jugement, de la mémoire, etc. ; d'ailleurs, il y a démence et démence ; et, à côté de la démence paralytique, se rencontrent nombre d'autres démences, comme la démence apoplectique, la démence sénile, etc.

M. ARNAUD. — M. Toulouse dit que la démence peut être définie un affaiblissement intellectuel, mais chez beaucoup de vieux aliénés chroniques il y a un affaiblissement intellectuel et c'est sur ce point que je critiquerai M. Toulouse ; car, même au début, les déments paralytiques ne ressemblent pas aux déments organiques. Il y a d'ailleurs une telle ressemblance entre la confusion et la démence qu'on a créé le terme de démence aiguë. Il peut y avoir affaiblissement intellectuel réel de l'intelligence sans démence, et dire que la démence est un affaiblissement intellectuel ne distingue pas assez la démence des états qui ne sont pas elle.

M. DENY. — Quelle définition donner du mot démence ? Qu'il puisse exister des affaiblissements passagers, cela n'est pas douteux. Mais lorsque, comme dans la démence précoce, cet affaiblissement constitue le stade de début et va en progressant, on est en droit d'employer le terme de démence précoce.

M. TOULOUSE. — On confond souvent deux sortes de phénomènes : 1° la confusion, qui peut être curable au bout d'un temps parfois très long et 2° la démence qui est toujours incurable. Il y a souvent un état de confusion mentale, un trouble de l'esprit qui fait penser à la démence et c'est une erreur. J'ai cherché des moyens précis, des interrogatoires, l'épreuve du calcul mental pour établir le diagnostic.

M. DUPRÉ. — Baillarger a déjà exposé ces considérations dans son chapitre des pseudo-démences. On ne manque pas de mots : la difficulté est de les bien appliquer. Or il ne faut pas prodiguer ce mot de démence ; par exemple je ne suis nullement partisan du mot de démence aiguë des Allemands. Toutes les fois qu'on emploie le mot démence on entend par là un processus de déficit définitif sur lequel il n'y a plus à revenir.

M. DOUTREBENTE. — Je crois que l'exemple choisi par M. Toulouse de comparer la démence à celle des paralytiques généraux est un exemple mal choisi, car les déments paralytiques généraux présentent un état protéiforme ; et j'ai vu souvent des déments paralytiques revenir à la vie intellectuelle. Pour moi le mot démence veut dire la perte de toutes les opérations intellectuelles.

M. CHRISTIAN. — M. Toulouse me paraît être dans l'erreur en croyant que nous appelons déments tous les confus. Nous savons que la confusion peut guérir, de même qu'il y a des rémissions dans la paralysie générale.

M. DENY. — Le symptôme confusion peut s'observer dans la démence précoce, mais n'a jamais servi par lui-même pour établir le diagnostic de démence précoce.

M. TOULOUSE. — M. Doutrebente me reproche d'avoir choisi pour mon exemple les cas de démence chez les paralytiques généraux ; tout le monde est cependant d'accord sur ce fait que la paralysie générale donne le type de la démence. Dans les cas dits de rémission il faut tenir compte des erreurs de diagnostic. M. Dén y me dit que la confusion mentale ne sert pas au diagnostic de la démence précoce, c'est vrai ; mais si la confusion a duré assez longtemps, on en arrive forcément à se servir de ce signe pour le diagnostic.

Paralysie générale et pachyméningite gommeuse,

par MM. G. DOUTREBENTE et L. MARCHAND.

Il est admis que les lésions syphilitiques du système nerveux sont rares chez les paralytiques généraux. Les adversaires de la spécificité de la paralysie générale font même ressortir cet argument en faveur de leur thèse. S'il existe des observations dans lesquelles des lésions syphilitiques sont surajoutées à celles de la paralysie générale, on les cite comme des exceptions. Tantôt ce sont les méninges molles qui sont le siège de gommès [cas de Raymond (1), de Tissot (2)]; tantôt c'est dans la substance cérébrale même que l'on rencontre une ou plusieurs gommès (cas de Siemens (3), de Lebedeff (4)); dans d'autres cas la lésion spécifique est localisée dans la moelle (cas de Mouratoff (5)); d'autres fois, et ce sont les cas les plus nombreux, le système vasculaire du cerveau et principalement les artères de la base sont atteints d'endartérite spécifique (cas de Raymond (6), de Schulz (7)). Dans l'observation que nous relatons aujourd'hui, la lésion spécifique est localisée au niveau de la dure-mère sous forme de pachyméningite gommeuse et nous présentons à la Société la pièce macroscopique et les coupes qui ont été prélevées en divers points de l'encéphale et de la dure-mère de notre sujet.

(1) Raymond. Contribution à l'étude de la syphilis du système nerveux. *Archiv. de neur.* Janvier 1894. Vol. XXVII, p. 1 et 42.

(2) Tissot. Paralysie générale et syphilis cérébrale. *Soc. méd. psych.*, 21 février 1904.

(3) P. Siemens. Contribution à la question des rapports qui existent entre la syphilis et la démence paralytique. *Neurol. centralb.*, 1887.

(4) E. Lebedeff. Des rapports de la syphilis cérébrale avec la paralysie générale des aliénés. Saint-Petersbourg, 1903.

(5) V. Mouratoff. Arguments neurologiques en faveur des relations causales entre la syphilis et la paralysie générale. *Soc. de neurol. et de psych.* de Moscou, 17 février 1901.

(6) F. Raymond. *Loc. cit.*

(7) R. Schulz. Démence paralytique. Altération syphilitique des vaisseaux de l'encéphale. *Neurol. Centralb.*, 1863.

R..., âgé de quarante ans, entré à l'asile de Blois le 8 août 1904.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants ; parmi les grands parents, la grand'mère maternelle était très nerveuse ; elle serait décédée à quatre-vingts ans sans présenter de troubles mentaux. R... a un frère plus jeune que lui, bien portant.

Antécédents personnels. — R... a été nourri au sein et n'a jamais eu de maladie grave pendant sa jeunesse. A l'âge de vingt et un ans, pendant son service militaire, il contracta la syphilis et fut soigné au Val-de-Grâce. R... s'est marié à l'âge de vingt-neuf ans. Il eut, après quatorze mois de mariage, un enfant âgé actuellement de dix ans et paraissant bien constitué. Trois ans après son mariage, sa femme présenta des accidents syphilitiques. Elle eut cependant, un an après, une fille âgée actuellement de quatre ans et demi et qui paraît bien portante. Enfin, en 1901, huit ans après son mariage, sa femme accoucha à terme d'un enfant mort-né.

D'abord employé comme garçon de magasin pendant plusieurs années, R... quitta son emploi et entra en 1899 comme garçon de bureau dans une maison de déménagement.

Le début de la maladie semble remonter à cette époque. D'ordinaire très sobre, R... contracta alors des habitudes alcooliques ; de bon et affectueux il devint emporté et surexcité. Il fut obligé de quitter son nouvel emploi au bout de neuf mois. Dans la suite, R..., ne s'adonna plus à la boisson et s'occupa à des travaux des champs. En octobre 1903, il accomplit une période de treize jours et c'est à son retour que son entourage remarqua pour la première fois de légers troubles dans la parole. En même temps, la mémoire pour les faits surtout récents devint de plus en plus confuse. Malgré ces troubles, R... continua à travailler ; il ne présentait d'ailleurs aucune idée délirante. Trois mois avant son entrée à l'asile, il fut soumis à un traitement spécifique (iodure de potassium et sirop de Gibert). Dans ces derniers temps il avait souvent des alternatives de dépression et d'excitation ; pendant ses périodes de dépression il se renfermait dans un mutisme absolu. Pour le distraire, sa famille l'amena chez des parents à Blois ; il accepta volontiers ce déplacement et en parut satisfait. La veille de son arrivée à l'asile, sans aucune raison apparente, le malade eut une crise de colère. L'avant-veille le malade avait reçu pour la première fois une injection d'huile grise. Dans sa crise, il se livrait à des violences sur les siens, criait, vociférait, menaçait de mort sa femme, sa mère et son beau-frère ; son internement fut décidé immédiatement. Huit personnes arrivaient difficilement à le maintenir.

A son entrée à l'asile, R... est dans un état d'agitation extrême, ce qui rend son examen particulièrement difficile; la température du corps est de 39 degrés. On constate chez lui en même temps que les signes habituels de la paralysie générale, les symptômes d'un délire aigu.

Le corps présente des contusions multiples; l'embonpoint est normal, pas de cicatrices spécifiques, pas d'éruptions. Le faciès est congestionné. Les conjonctives sont injectées; une salive abondante s'écoule de la bouche; les gencives et les bords de la langue sont rouge vif. La langue est saburrale. L'haleine est fétide.

L'auscultation du cœur et des poumons est rendue difficile par l'agitation du malade. On ne constate rien de particulier dans ces derniers organes. Le pouls est rapide (110 pulsations par minute). Le malade est gâteux et on ne peut recueillir d'urine pour en faire l'examen.

La sensation tactile paraît conservée par tous le corps, la sensibilité à la douleur est obtuse.

Les pupilles sont inégales, la droite est plus grande que la gauche. Les réflexes lumineux paraissent conservés des deux côtés. L'équilibre et la marche sont normaux. Pas de paralysie. Tremblement à grosses oscillations des extrémités. Tremblement fibrillaire de la langue. Les réflexes patellaires sont très exagérés. La parole est pâteuse et très embarrassée, parfois incompréhensible. Il nous fut impossible de faire lire et écrire le malade.

Au point de vue mental, l'incohérence est complète; le malade tour à tour crie, menace et frappe. Il n'a aucune conscience de sa situation. Quand on lui demande son âge, il répond d'abord quatre-vingts ans, puis cent ans et enfin trente ans. Il donne son nom quand on le lui demande; il avoue qu'il a la syphilis, mais ne peut préciser la date à laquelle il l'a contractée. Les hallucinations de la vue et de l'ouïe paraissent vives. Les paroles qu'il prononce spontanément sont incompréhensibles. Le malade est soumis au traitement par les bains tièdes d'une durée de deux heures; un calme momentané est obtenu; le régime lacté est difficilement suivi, le malade rejette la nourriture.

Le même état subsiste le lendemain. La température oscille entre 39 et 40 degrés. Sueurs abondantes par tout le corps. Le surlendemain, le pouls est rapide et fuyant. Des soubresauts tendineux apparaissent dans les muscles. Des phénomènes adynamiques, de la dyspnée surviennent. L'amaigrissement est rapide. Les mêmes symptômes persistent les jours suivants et le malade meurt le 13 avril, c'est-à-dire cinq jours après son internement.

AUTOPSIE. — L'autopsie est faite vingt-quatre heures après la mort.

La calotte crânienne se détache difficilement de la dure-mère sous-jacente. Il faut employer le scalpel pour détacher les adhérences nombreuses qui réunissent les méninges au périoste.

La dure-mère est violacée et présente dans toute la longueur du sinus longitudinal supérieur de petites bosselures d'aspect grisâtre, il n'existe à sa surface aucune trace de pus.

Adhérences entre la dure-mère et la pie-mère au niveau de la faux du cerveau que l'on résoud difficilement. Toute la région comprise autour du sinus longitudinal est épaissie ; elle mesure par places plus de 2 centimètres d'épaisseur. Sur une coupe transversale du sinus on remarque un tissu lardacé entourant le sinus qui est gorgé de sang. De petites hémorragies sont disséminées dans le tissu de néoformation.

Le cerveau est enlevé facilement de la base crânienne. Au moment de son extraction il s'échappe une grande quantité de liquide céphalo-rachidien. L'hémisphère droit pèse 622 grammes, le gauche 632 grammes, le cervelet 152 grammes.

Les méninges molles sont très congestionnées et ont un aspect gélatineux. Elles se détachent difficilement du cortex ; par places et surtout au niveau des lobes frontaux et du bord supérieur des hémisphères, il est impossible de les enlever sans entraîner avec elles des parties de substance cérébrale. Pas d'athérome des artères de la base.

Pas de lésion circonscrite sur les coupes transversales du cerveau. On remarque la teinte hortensia de la substance grise, un pointillé hémorragique disséminé dans toute la masse cérébrale. Les ventricules latéraux restent béants. Granulations épendymaires sur le plancher du 4^e ventricule.

EXAMEN MICROGRAPHIQUE. — 1^o *Cerveau.* Les diverses régions examinées sont les pariétales et les frontales ascendantes gauches et droites à leur partie moyenne. Nous avons employé comme méthode d'examen, la méthode de Nissl, de Weigert-Pal, de Weigert pour la névroglie ; la méthode de von Gieson, la coloration par le picro-carmin et l'hématoxyline de Delafield.

On observe dans les méninges et le cerveau les lésions habituelles de la paralysie générale ; épaississement de la pie-mère et de l'arachnoïde qui sont bourrées de cellules embryonnaires ; congestion et périvascularite des vaisseaux méningés situés au fond des sillons. Prolifération névroglie dans toute la couche moléculaire. Les vaisseaux du cortex sont entourés de nombreuses cellules embryonnaires. Les petites cellules pyramidales sont en état de chromatolyse et les espaces péri-cellulaires contiennent de nombreux lymphocytes et noyaux névroglie.

Les fibres tangentiellles sont par places complètement disparues et réduites à un fin réseau dans les autres régions.

2° *Cervelet*. Les méninges molles sont le siège d'une inflammation subaiguë. Les lésions des cellules de Purkinje sont légères. Quelques vaisseaux de la substance blanche sont atteints de périvascularite.

3° *Bulbe*. Au niveau du sillon antérieur les méninges molles sont épaissies et contiennent de nombreuses cellules embryonnaires. Pas de lésion des pyramides. Le noyau de l'hypoglosse renferme de nombreuses cellules pigmentées.

4° *Dure-mère*. Sur des coupes faites perpendiculairement à l'axe du sinus longitudinal supérieur, on observe les lésions suivantes. De chaque côté du sinus et sur la faux du cerveau on voit un épaississement de la dure-mère dont le maximum est au niveau du sinus. Ce dernier, complètement perméable, est atteint de périphlébite. L'épaississement dure-mérien est dû à un grand nombre de petites gomme pour la plupart confluentes. Il s'agit plutôt d'un tissu gommeux que de gomme isolées. Les vaisseaux sont le siège de périvascularite et quelques-uns sont obturés par des noyaux d'endartérite. Le tissu de nouvelle formation ne contient pas de cellules géantes. La recherche des bacilles tuberculeux est restée négative. On ne trouve aucune trace de granulation de Pacchioni dans le tissu gommeux.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue.

D'abord, la pachyméningite gommeuse chez les paralytiques est rare et d'après nos recherches bibliographiques, sa localisation dans le voisinage immédiat du sinus longitudinal supérieur n'a pas encore été constatée. Au point de vue clinique, aucun symptôme particulier ne laissait prévoir une telle lésion qui fut une trouvaille d'autopsie.

Notre malade était depuis quelques mois soumis à un traitement mercuriel intensif. Notre observation devient alors particulièrement intéressante, car on peut en déduire que le traitement n'a pu enrayer, non seulement la marche de la paralysie générale, mais même celle des lésions gommeuses.

Nous insisterons enfin sur le délire aigu terminal que présenta notre malade. Celui-ci débuta deux jours après que le malade eût reçu une injection d'huile grise qui fut faite par le médecin particulier du malade et qui

détermina une stomatite mercurielle intense. Faut-il voir là une simple coïncidence ou au contraire une relation de cause à effet, nous n'oserions nous prononcer, mais nous signalons simplement le fait. Le délire aigu est un syndrome dont l'origine toxi-infectieuse ne fait aucun doute et il est possible que l'intoxication mercurielle ne fut pas étrangère à l'apparition des symptômes graves de délire aigu.

DISCUSSION

M. DOUTREBENTE.—Je désire ajouter quelques mots à propos de la violence exceptionnelle de ce malade. J'ai dû recourir à huit hommes de première force pour faire de la contention manuelle ; ils ont été insuffisants. J'ose avouer qu'on a été obligé de mettre la camisole..... et le malade n'a pas été étouffé.

Un cas de puérilisme mental chez une hystérique. Guérison par suggestion.

par M. RAOUL LEROY, médecin-adjoint
de l'asile des aliénés d'Evreux.

Sous le nom de *puérilisme mental*, M. Dupré a décrit au Congrès de Bruxelles un syndrome psychopathique caractérisé par la nature des réactions psychiques, par une sorte de régression de la mentalité au stade de l'enfance.

Cette altération de la personnalité se rencontre au cours d'affections cérébrales très variées (lésions circonscrites, états démentiels, intoxications) ; mais c'est surtout dans l'hystérie qu'elle a attiré l'attention. On peut même chez une hystérique provoquer par suggestion, soit à l'état de veille soit à l'état hypnotique, une personnalité nouvelle, lui suggérer par exemple qu'elle a dix ans, six ans.

Dans une thèse récente, M. Soullard (1) a réuni, en compulsant les auteurs anciens et modernes, neuf cas de

(1) Soullard. Le puérilisme mental. Thèse de Paris 1904.

puérilisme mental spontané dont sept chez des hystériques. Ce syndrome a donc une rareté relative et on nous permettra de soumettre aujourd'hui à la Société médico-psychologique l'observation d'une jeune fille que nous venons d'examiner.

OBSERVATION

SOMMAIRE. — Hérité névropathique. — Débilité mentale primordiale. — Crises convulsives de quatre à sept ans. — A treize ans, apparition de la puberté. — Quelques jours après, crises d'hystérie avec mouvements désordonnés, arc de cercle et hallucinations visuelles. — Un mois après, accès de puérilisme mental alternant avec des crises, puis persistance presque unique d'accès quotidiens de puérilisme. — Guérison par suggestion hypnotique.

Jeanne D... est née le 30 novembre 1891, aux environs d'Evreux. Son père est un homme de quarante-cinq ans, sobre, bien équilibré. La mère, âgée de trente-neuf ans, a toujours été nerveuse, impressionnable à l'excès.

Jeanne est la troisième enfant de la famille. Son frère Georges, né en 1887, est un grand garçon chétif ayant eu des convulsions au moment de la dentition.

Sa sœur Marthe, née en 1889, se fait remarquer par un embonpoint exceptionnel pour son âge. Sa plus jeune sœur Thérèse, née en 1899, est une petite fille de cinq ans très nerveuse, toujours en mouvement faisant le désespoir de l'institutrice par sa turbulence.

Jeanne naquit à terme, petite, délicate, difficile à élever. Elle fut nourrie au sein par sa mère et n'eut pas de convulsions; à onze mois elle commença à marcher et ne parla qu'à la fin de sa seconde année.

Vers quatre ans l'enfant présenta des crises convulsives diagnostiquées épileptiques par mon prédécesseur et ami, M. le Dr Vigouroux, qui lui fit suivre un traitement bromuré. Ces attaques nocturnes et diurnes persistèrent pendant trois années avec une moyenne de cinq à six par semaines.

La jeune malade, une fois guérie, suivit l'école communale de sept à douze ans. Ce fut une élève très médiocre, peu intelligente, apprenant difficilement à lire et à écrire, incapable d'acquérir des notions même élémentaires. La santé physique s'affermir peu à peu et elle devint extrêmement robuste.

Jeanne était une grosse fille débordante de santé, lorsque le 3 juin 1904, à la suite de quelques douleurs abdominales, la puberté s'établit. L'écoulement sanguin dura cinq jours; puis, le 8 juin dans la journée, la malade tombe subitement en proie

à une crise classique d'hystérie. Elle pousse des cris, se roule par terre, heurte de sa tête les objets environnants, se soulève en arc de cercle, a des hallucinations terrifiantes de la vue. La crise se renouvelle dès lors toutes les semaines environ avec les mêmes caractères.

Les secondes règles apparaissent le 5 juillet pendant douze heures seulement. Quelques jours après, la mère est toute surprise de voir sa fille « tomber en enfance », selon son expression. Jeanne présente le langage, les manières d'être d'une fillette de deux à trois ans. Ce sont les mêmes jeux de physionomie, le même regard, les mêmes intonations dans le langage, les mêmes inflexions dans la voix : « Ze veux zouer, dit-elle, ze veux ça, ze ne veux pas que Thérèse touche à ma pépée. » Elle a l'état d'âme d'une enfant, prend sa poupée, l'embrasse, la couche dans un berceau, lui met des robes, la déshabille. Elle s'amuse avec un ballon, des images, une corde. Elle tutoie tout le monde, demande des confitures. Cette grande fille de treize ans, qui en paraît dix-huit, est complètement une enfant de quelques années. Elle ne sait même plus lire ni écrire. Au bout de deux heures environ, Jeanne pousse un soupir, semble sortir d'un rêve et redevient subitement elle-même, n'ayant conservé aucun souvenir de ce qui s'est passé. Telle est la crise de puérilisme.

Pendant tout le mois de juillet et une partie d'août 1904, les accès de puérilisme mental alternent avec les accès hystériques qui diminuent toutefois d'intensité. Parfois le puérilisme est suivi, à brève échéance, d'une crise nerveuse.

Il survient environ deux fois par jour et ne dure jamais moins de deux heures. Généralement Jeanne se réveille le matin en état de puérilisme et ne retrouve sa véritable personnalité que vers les 9 ou 10 heures du matin.

La situation était ainsi lorsque, à la fin du mois d'août dernier, nous avons eu, pour la première fois, l'occasion d'examiner la malade. C'est une superbe fille, grande, très grosse, pesant 60 kilogrammes, ayant l'aspect d'une personne de dix-sept à dix-huit ans. Elle présente quelques stigmates physiques de dégénérescence (front bas, oreilles petites, menton allongé, prognathisme du maxillaire inférieur). Intellectuellement c'est une débile, insouciant, sans volonté, au raisonnement puéril.

Nous n'avons trouvé chez elle comme symptôme d'hystérie qu'un léger rétrécissement du champ visuel à droite, la sensation de boule et l'abolition du réflexe pharyngien.

Voici notre observation prise quotidiennement pendant les premiers jours de septembre.

2 septembre. Jeanne se réveille à 6 h. 1/2 du matin en état de puérilisme mental. Elle reste au lit, demande sa poupée,

l'habille, la débarbouille, lui relève les jupes en disant : « Veux-tu cacher ta lune, veux-tu cacher ta lune. » Elle prend entre ses mains le nez de son père et rit à gorge déployée pendant une demi-heure : « Tu en as un nez, il a bonne façon ton nez. »

A 9 heures, la malade revient à elle et demande pourquoi elle a mal au ventre sans se rappeler son rire incoercible. Elle s'habille, déjeune à midi et passe une excellente après-midi. Vers les 5 heures du soir, Jeanne entre dans une violente colère et tombe en puérilisme. Elle saute à la corde, danse, joue à la poupée, puis elle dîne et se couche sans avoir recouvré sa personnalité ordinaire.

3 septembre. Se réveille en puérilisme à 8 heures du matin : « Ze veux zouer, dit-elle, ze ne veut pas ma douce, ce médecin me fait du mal. » Elle prend son chocolat et appelle soudain en criant : « J'ai peur, je ne reconnais plus la maison » ; elle ne veut pas que sa mère s'éloigne et manifeste des sentiments de frayeur.

A 10 heures, la jeune fille pousse un soupir et redevient subitement normale.

Bonne journée.

4 septembre. Se réveille en puérilisme et reste à regarder un livre intitulé *les Femmes de France*. Elle s'extasie sur les images : « Oh comme elle est belle celle-ci ! oh comme elle est bien mise ! » ainsi que le ferait un petit enfant. Jeanne présente ce matin-là plusieurs pertes de connaissance de cinq minutes à un quart d'heure de durée. Elle reprend sa personnalité à 11 heures.

A 2 heures de l'après-midi, elle retombe enfant pendant une heure, chante des airs de chasse, danse en battant la mesure avec sa main, prend le chat par la queue et le fait tourner en l'air.

5 septembre. Jeanne est très énervée à son réveil mais sans puérilisme ; elle jappe comme un petit chien, cherche à arracher le papier de sa chambre, se montre désordonnée, va et vient sans but.

A 3 heures de l'après-midi, crise de puérilisme pendant deux heures.

La malade joue à la poupée, l'habille, la fait manger, la met dans un berceau ; elle prend du papier et trace des dessins absolument informes et puérils.

Les crises de puérilisme se renouvellent assez quotidiennement jusqu'au milieu de septembre.

En présence de ces faits, comme Jeanne nous paraît un sujet éminemment hypnotisable, nous l'endormons par occlusion des paupières et suggestion. Le sommeil rapidement obtenu, nous lui ordonnons de ne plus avoir de crises pendant une semaine.

Huit jours après, la mère vient nous manifester sa surprise

et son contentement; sa fille qui avait des accès quotidiens de puérilisme depuis deux mois est restée absolument normale.

Nouvelle hypnose le 22 septembre et suggestion pour une période de quinze jours.

Les règles apparaissent le 24 du mois. Le lendemain, Jeanne tombe en puérilisme avec complication de cécité hystérique pendant dix minutes. Cette courte rechute a certainement pour cause la menstruation.

Nous endormons pour la dernière fois la malade le 7 octobre et lui suggérons une guérison définitive.

Le résultat de cette thérapeutique a été excellent, car la jeune fille n'a plus présenté ni accès de puérilisme ni autre manifestation de la névrose. Les règles d'octobre n'ont été accompagnées d'aucun phénomène pathologique.

DISCUSSION

M. DUPRÉ. — M. Leroy a bien mis en lumière le caractère hystérique du syndrome sur la même malade. On peut faire le diagnostic entre l'infantilisme mental et le puérilisme. Ce dernier n'étant qu'une modification acquise, aiguë, paroxystique.

Curieux collectionnisme et moyens de protection chez une démente persécutée,

Par M. RAOUL LEROY

De tous les symptômes démentiels, un des plus connus, le *collectionnisme*, est peut-être celui qui a été le moins étudié. Marcé dit simplement « que les déments ramassent toutes les ordures qui leur tombent sous la main, en remplissent leurs chambres, leurs meubles, leurs vêtements ou se les introduisent dans les narines, dans la bouche, dans le conduit auditif ».

Foville, dans son article du Dictionnaire Jaccoud, consacre deux lignes à ce sujet : « Les déments ramassent tout ce qu'ils trouvent, remplissent leurs poches de cailloux, de feuilles, de bagatelles auxquelles ils attachent beaucoup de prix. »

Voilà, à peu près, tout ce que les auteurs disent du collectionnisme, et on avouera que c'est peu de chose

pour un acte si fréquent. Sans avoir la prétention d'étudier aujourd'hui ce symptôme, nous apportons une observation qui a, croyons-nous, quelque intérêt.

OBSERVATION

SOMMAIRE. — Dégénérescence mentale héréditaire avec stigmates physiques. — En 1880, à l'âge de vingt-deux ans, premier accès délirant. — En 1890, à l'âge de trente-deux ans, délire polymorphe avec confusion intellectuelle et indifférence émotionnelle. Rémission. — En 1898, troisième accès délirant, délire systématisé des persécutions avec nombreuses hallucinations de tous les sens et affaiblissement des facultés intellectuelles, curieux collectionnisme et moyens de protection singuliers.

Alphonsine A..., femme G..., née dans l'Eure le 6 janvier 1858, est fille d'une mère alcoolique chronique. D'une bonne santé physique habituelle, elle fut réglée à quatorze ans et se maria à dix-sept.

La malade eut cinq enfants : les deux premiers accouchements (1876 et 1877) se passèrent sans incidents, le troisième (1880) fut suivi de *troubles délirants passagers, avec hallucinations de la vue et de l'ouïe*, qui ne nécessitèrent pas l'internement.

En 1884, quatrième couche dont les suites furent normales.

En janvier 1890, Mme G... accouche une cinquième fois. Elle nourrit son bébé au sein comme elle avait fait pour les aînés, puis trois mois après, *pendant l'allaitement, elle tombe en quelques jours dans un état de stupeur profonde*, refusant de parler, ne voulant plus accepter aucune nourriture, se mettant souvent à pleurer.

Au bout de quinze jours d'une telle dépression, le délire change brusquement de forme. Alphonsine G... s'agite, rit, chante, parle sans cesse. Elle a des hallucinations, voit Dieu, la Vierge, dit qu'elle appartient à Dieu et non aux hommes. Elle fait des *fugues* et s'échappe de son domicile chaque fois que la surveillance se relâche autour d'elle.

C'est dans ces conditions que la malade entre pour la première fois à l'asile d'Evreux le 9 mai 1890, à l'âge de trente-deux ans. Mme G... est une femme de taille moyenne, robuste, présentant de nombreux stigmates physiques de dégénérescence : asymétrie de la face, léger prognathisme de la mâchoire supérieure, oreille gauche sur un plan inférieur de 1 centimètre à celui de la droite. Elle présente une excitation considérable avec incohérence dans les idées, parle à tort et à travers, prétend être millionnaire, posséder des châteaux et des équipages. Des voix de nombreuses personnes et entr'autres une, attribuée

par elle au prince Jérôme, lui disent qu'elle sera impératrice et que sa fortune est incommensurable.

La malade reste aussi agitée pendant quelques mois, puis se calme. On constate alors chez elle une grande confusion intellectuelle avec de nombreuses illusions de la vue. Elle ne sait pas où elle se trouve, prend ses voisines de salle pour des personnes de son pays.

Souvent on la voit *éclater de rire* sans motif appréciable.

Elle ne manifeste jamais aucun désir, ne parle jamais de ses enfants qu'elle aimait beaucoup autrefois et se montre d'une *indifférence émotionnelle complète*.

Notons un *embonpoint rapide* survenu à la fin de l'année 1890.

Alphonsine G... s'améliore les premiers mois de l'année 1890; elle se montre moins désorientée, moins apathique, et sort très améliorée le 29 juin 1891, après treize mois de traitement.

Les années 1892 et 1893 se passent relativement bien; la malade s'occupe de son ménage et de ses enfants sans incidents notables connus.

Dans le courant de l'année 1894, Mme G... présente de nouveau des périodes d'excitation, elle erre échevelée dans les rues, néglige sa tenue, devient méchante. Elle croit qu'on veut lui faire du mal, entend des voix menaçantes et se montre très persécutée.

Elle reste ainsi pendant plusieurs années avec des alternatives de calme et de rechute; son intelligence, qui n'avait jamais recouvré une lucidité complète, s'affaiblit progressivement et Alphonsine G... est ramenée à l'asile d'Evreux, le 1^{er} décembre 1898, pour avoir dangereusement frappé sans aucun motif une de ses voisines.

La malade nous arrive dans un accoutrement bizarre: à chaque doigt, un anneau de fer ou de cuivre; aux oreilles, des fils de cuivre; au cou, de vieux ciseaux; autour de la taille, une chaîne de bicyclette; dans les poches, plus de trois kilogs de morceaux de fer, de robinets de cuivre, de boutons, de vieilles médailles.

Elle présente un délire systématisé des persécutions, très actif, avec hallucinations de tous les sens. Une bande d'individus est acharnée à sa perte et lui fait mille misères. Des voix la traitent de vache, lui reprochent ses enfants, l'insultent grossièrement jour et nuit, ces voix viennent des deux oreilles (hallucinations auditives), quelquefois même du ventre ou de l'estomac (hallucinations psycho-motrices).

La malade aperçoit ses ennemis (hallucinations visuelles). Ce sont des hommes, et surtout des femmes, habillés des mêmes vêtements avec des cravates rouges, blanches ou vertes autour

du cou. Il y a aussi des religieux et des sœurs de charité. Tout ce monde tourne autour d'elle, en criant et en la menaçant. Ils la piquent, la pincent, la mordent à la figure et vont même jusqu'à la pousser en avant et en arrière, ou la bousculer.

Les persécutions sont surtout intenses le matin après le petit déjeuner et le soir après le dîner. La journée est plus calme.

De temps à autre, Mme G... essaie de s'insurger et de répondre à ses ennemis. Alors ceux-ci se mettent dans une grande colère et redoublent d'audace : « On va te couper le cou, si tu ne te tais pas » lui crient-ils.

Lorsqu'on lui demande pourquoi elle s'est attirée tant de haine, la malade répond qu'on lui en veut parce qu'elle est baronne.

Ces idées niaises de persécution et de grandeur dénotent un notable affaiblissement intellectuel dont le *collectionnisme* est, du reste, un symptôme important. La démence consiste principalement ici en une indifférence, une apathie absolue, sans que la mémoire soit beaucoup touchée. Alphonsine G... a complètement perdu tout sentiment affectif ; elle ne manifeste aucun chagrin d'avoir quitté son ménage, vit inconsciente, ne se préoccupe de rien et prétend vouloir rester toute sa vie à l'asile parce que le lit y est bon.

Par moments, elle s'agite, cause seule des heures entières, présente des impulsions à déchirer ou à frapper.

Ces accès d'excitation surviennent de préférence au moment des menstrues qui sont régulières. Son caractère est, du reste, toujours difficile.

Telle était la situation pendant trois années (démence avec hallucinations), lorsque, au commencement de 1901, les infirmières m'avertissent que la malade répand une odeur épouvantable et que des pertes fétides souillent sa chemise.

Je l'examine et trouve dans le vagin une boîte ronde en fer-blanc contenant : des cheveux roulés en forme de bague, de l'herbe, 3 sous, un bout de tuyau de pipe, une bille, un bouton de manchette, une épingle à cheveux recourbée, des perles cousues dans un petit sac, un morceau de cuir, 2 ou 3 bouts de tôle, de la terre et un petit morceau de savon.

Elle explique cette façon d'agir par la nécessité où elle se trouve de se protéger contre ses ennemis. Ceux-ci veulent actuellement lui regarder entre les jambes : « Nous voulons voir où vous pissez », disent-ils. Ils essaient de lui mettre dans les parties et dans l'anus des clefs, des ciseaux, des couteaux, des aiguilles. Les hommes de la bande font tout leur possible pour avoir des relations sexuelles. Aussi a-t-elle mis la boîte dans le vagin pour se préserver ; elle se sent ainsi plus tranquille.

Cette explication est certainement logique et vraie ; la boîte constitue un moyen de protection, mais ne joue-t-elle que ce rôle ? Nous croyons qu'Alphonsine G..., ne pouvant collectionner à son aise dans ses poches, parce qu'on la surveille sous ce rapport, a cru trouver ainsi un procédé pour mettre à l'abri les objets en question.

En présence de ces faits, nous donnons l'ordre aux infirmières de redoubler leur surveillance et de faire prendre chaque jour à la malade une grande injection vaginale. Trois mois après, nouvel écoulement fétide.

Après un nouvel examen nous retirons du vagin : 6 dés en fer, un flacon de verre, 2 morceaux de verre, une pince pour fixer le linge étendu, des chiffons, un vieux couteau.

Ce collectionnisme singulier devait encore être dépassé : un jour en pratiquant le toucher vaginal par surveillance, je trouve le rectum rempli de corps étrangers volumineux. L'anus est extrêmement dilatable au point de permettre l'introduction d'un spéculum ordinaire. Je puis ramener ainsi avec une pince, des profondeurs de l'ampoule rectale, deux boîtes en fer-blanc et un couteau. La plus grande boîte contenait : du pain, des cheveux, une pelote de fil, un morceau de cire, un bout de bougie, un crochet de fer, les dents d'un peigne cassé, des feuilles, des ronds de papier, des fragments d'allumette, une chaînette en cuivre, des épingles, un ruban élastique.

Bien que la malade se soit renfermée à propos de cette bizarrerie dans un silence obstiné, il est permis de supposer qu'elle cachait depuis longtemps les boîtes dans son rectum, les enlevant et les remettant suivant les nécessités.

L'histoire de ce collectionnisme extraordinaire nous a paru assez curieuse pour être rapportée à la Société médico-psychologique. De plus, comme la question de la démence vésanique est aujourd'hui à l'ordre du jour, nous pouvons tirer de notre observation quelques réflexions utiles.

M^{me} G... est une prédisposée, ainsi que le prouvent son hérédité morbide et ses stigmates physiques de dégénérescence. Sur ce terrain, à l'âge de vingt-deux ans, l'influence d'un accouchement fait éclater un délire hallucinatoire sur lequel nous n'avons malheureusement aucun renseignement précis.

Dix ans après, pendant la lactation, bouffée délirante polymorphe (stupeur, mutisme volontaire, idées mystiques, idées de persécution), dont le caractère est nettement démentiel. L'indifférence émotionnelle totale,

les rires automatiques, les fugues ne laissent aucun doute sur ce point.

Après une rémission de dix ans, la malade, restée affaiblie intellectuellement, fait un délire systématisé des persécutions avec hallucinations de tous les sens, délire qui se prolonge depuis six années avec des symptômes d'incurabilité certaine.

Dans ces conditions, il nous est permis de dire que M^{me} G... est atteinte de folie hétérophrénique, et que chez elle la démence a été primaire d'emblée.

DISCUSSION

M. DUPRÉ. — Je crois qu'on pourrait dire démence hétérophrénique à forme hallucinatoire et délirante chez une grande dégénérée.

M. CHRISTIAN. — Ne serait-ce pas tout simplement une persécutée chronique? J'avoue ne pas voir très bien la démence.

La séance est levée à 6 heures.

Les Secrétaires :

E. BLIN et J.-M. DUPAIN.

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1904.

Présidence de M. DANIEL BRUNET.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Colin, Gimbal, Lwoff, Marie, Rayneau, Rist, Thivet, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondant et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° La lettre suivante de M. Vallon :

Paris, le 27 novembre 1904.

Mon cher Secrétaire général,

J'ai été profondément touché des vœux que la Société

médico-psychylogique a bien voulu exprimer, dans sa dernière séance, pour mon prompt et complet rétablissement. Je vous prie d'exprimer mes remerciements les plus cordiaux à nos chers collègues et à M. Christian, leur interprète autorisé.

Les sympathies de mes confrères ont rendu moins pénibles les dures semaines que je viens de vivre.

Je vais beaucoup mieux : je marche un peu et, comme vous pouvez le constater, je suis capable d'écrire de la main droite. J'espère bien aller à la séance de décembre reprendre la place d'honneur à laquelle m'ont appelé les suffrages des membres de la Société.

Je vous remercie, en particulier, mon cher ami, des termes affectueux dans lesquels vous m'avez transmis les vœux de la Société et je vous prie de croire à mes meilleurs amitiés.

Votre reconnaissant,

D^r CH. VALLON.

2° Une lettre de M. Marandon de Montyel, membre titulaire, demandant l'honorariat. — M. Marandon de Montyel, remplissant les conditions prescrites par l'art. 4 des statuts de la Société, le titre de membre honoraire lui est conféré.

La correspondance imprimée comprend :

1° *La philosophie naturelle intégrale et les rudiments des sciences*, par M. Rist ;

2° *Organisation du service de médecine mentale dans les prisons*, par M. Masoin, professeur à l'Université de Louvain ;

3° Comptes rendu du Club médical de Constantinople ;

4° *La Revue de l'hypnotisme*, numéro de novembre 1904.

5° *Les archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéro de novembre 1904.

Attentat commis par un aliéné sur la fille de M. le D^r Picard, membre correspondant de la Société.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, le lendemain de la séance où vous me chargiez d'adresser nos vœux de prompt et complet rétablissement à notre vice-président M. Vallon, les journaux nous apprenaient que la fille d'un de nos membres correspondants,

M. le Dr Picard, médecin directeur de la maison de santé de la Malgrange, avait été mortellement blessée à Nancy d'un coup de revolver tiré sur elle par un aliéné. J'ai cru de mon devoir d'adresser à notre collègue nos profonds sentiments de condoléances et de lui exprimer l'espoir que, peut-être, sa fille guérirait de la cruelle blessure qui lui avait été faite. Quelques jours après M. Picard m'écrivait une lettre de remerciements, d'où j'extraits les passages suivants qui relatent les circonstances principales du fait douloureux qui vient de se passer dans une rue de Nancy :

« L... a été placé volontairement chez moi pendant trois mois. Mes deux certificats portent la mention : *dangereux pour la sécurité publique*. Il semble parfaitement guéri et, suivant la demande de sa famille je le rends à la liberté...

« Bref, il a tiré trois coups de pistolet : le premier, sur ma femme et le deuxième sur ma fille cadette qui n'ont pas été atteintes; le troisième, sur ma fille aînée, derrière le côté droit, au bas des côtes (balle de 8 millimètres plomb comprimé, enveloppe en cuivre). Le rein a peut-être été touché, le sommet du foie sûrement, le diaphragme et la plèvre. La balle a été retirée à l'épaule droite (hémopneumo-thorax); 50 mouvements respiratoires par insuffisance. (Justice immanente, dit l'aliéné.) Les muscles intercostaux s'épuisent et la cyanose est imminente... »

Ces nouvelles étaient graves et l'on devait s'attendre d'un jour à l'autre à la douloureuse nouvelle de la mort de la pauvre victime de l'aliéné. Les nouvelles que notre collègue m'a fait parvenir ce matin même sont heureusement meilleures; je crois devoir vous donner lecture de sa lettre, intéressante à tous les points de vue.

Jarville, le 27 novembre 1904.

Très honoré confrère,

Vos marques de sympathie à l'occasion de l'attentat commis par un aliéné sur ma fille me font un devoir de vous donner des nouvelles. Hier et ce matin, on a retiré une quantité considérable de membranes qui élevaient la température à 39°5, sans qu'on puisse savoir à quoi cela tenait.

Malgré une bronchite survenue malheureusement, il y a toute chance de guérison.

Je pense que vous êtes comme moi peu partisan des asiles ouverts et si vous relatez le cas de ma pauvre fille dans le numéro de janvier, vous voudrez bien ajouter que vos renseignements sont bien au-dessous de la vérité ; car un employé de la sûreté de Nancy, m'a cité au moins 28 cas d'attentats d'aliénés à Nancy pour l'année 1903.

Le jeune homme qui a tiré sur ma fille, je crois vous l'avoir écrit, avait d'abord tiré une balle sur ma femme et sur ma fille cadette, en disant : « Il y a longtemps que vous me dite cela », et non pas comme les journaux le rapportent : « Il y a assez longtemps que vous m'avez mal nourri », — paroles qui n'expliqueraient pas une aussi sottise vengeance, quand même ce serait vrai.

Veillez croire, très honoré confrère, à l'assurance de mes bons sentiments confraternels.

D^r PICARD.

Les derniers renseignements, donnés par notre collègue sur la santé de sa fille sont, comme vous voyez, plus que satisfaisants, et je suis sûr d'être votre interprète, Messieurs, en adressant à ce père si douloureusement éprouvé nos vives félicitations, en même temps que nos vœux les plus sincères pour le prompt et complet rétablissement de sa chère malade.

Rapports de candidature.

M. ANTREAUME. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Christian, Ritti et Antreaume, rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature de M. le D^r Georges Vernet au titre de membre correspondant de notre Société.

La tâche me sera facile, car notre confrère a déjà pris soin de se faire apprécier de beaucoup d'entre vous par sa laborieuse activité, témoin son excellente thèse inaugurale « *sur l'Assistance des épileptiques* », travail consciencieux qu'il m'a été donné de connaître et d'apprécier comme rapporteur du prix Moreau (de Tours), témoins encore une communication faite ici même, dans la séance du 28 janvier 1901, à propos d'une observation « *de décubitus aigu de la région fessière droite dans un cas d'hémiplégie gauche* », et la collaboration assidue sous forme d'analyses bibliographiques

intéressantes que M. Vernet apporte aux *Annales médico-psychologiques* depuis plusieurs années.

Les autres publications que notre distingué confrère a consacrées à la psychiatrie sont les suivantes : *Note sur l'état actuel de l'assistance des épileptiques en France*, communication faite au deuxième congrès de l'Association américaine pour l'étude de l'épilepsie, New-York, 1902 ; *l'Assistance des enfants épileptiques*, rapport présenté au cinquième congrès d'assistance de Bordeaux, en juin 1903 ; *de l'Orthophrénopédie*, revue critique très documentée publiée dans les *Annales médico-psychologiques*, en avril 1904.

Ces travaux témoignent chez leur auteur d'une activité scientifique d'autant plus digne d'éloge qu'elle s'exerce sur des sujets présentant un véritable intérêt pratique pour notre spécialité.

Quand j'aurai complété ce court exposé en vous rappelant que M. Georges Vernet possède des titres scientifiques sérieux, qu'il est actuellement médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Moulins après avoir occupé successivement, à l'entière satisfaction de ses chefs, les postes d'externe des hôpitaux de Paris, d'interne à l'asile de Blois et, en dernier lieu, d'interne à la Maison nationale de Charenton, vous serez, Messieurs, certainement d'accord avec votre commission pour accueillir favorablement cette candidature d'un médecin travailleur et instruit qui mérite, à tous égards, d'être membre correspondant de la Société médico-psychologique.

M. Vernet est à l'unanimité nommé membre correspondant.

M. KÉRAVAL. — Messieurs, je viens au nom d'une commission composée de MM. Magnan, Sérieux et Kéramal, rapporteur, vous rendre compte des travaux scientifiques du Dr Richard Fœrster (de Bonn), candidat au titre de membre associé étranger.

M. Fœrster soutint, en février 1896, une thèse de doctorat fort intéressante sur une *famille de persécuteurs processifs*. Il y montre les nuances de la psychopathie et le rôle exercé sur l'évolution de la maladie par les trois acteurs analysés dans son travail avec le plus grand soin. La mère appartient, pour lui, à la catégorie des individus étudiés par Wernicke sous la rubrique des

idées prévalentes ; mais il est très probable, ajoute-t-il, que le substratum mental est celui de la dégénérescence. Le père représente le type de la folie imposée, développée sur le terrain de la débilité mentale. La fille aînée est en proie à un délire de préjudice à revendications légales, qui constitue l'équivalent du délire de persécution paranoïque. C'est sous l'influence de sa femme que le père, paysan naturellement entêté et borné, soupçonneux, toujours prêt à recourir à la procédure quand il se croit lésé dans ses intérêts, verse temporairement dans l'aliénation mentale.

Tout aussi claires sont les recherches de l'assistant de la clinique de Bonn sur la *lactophénine* (Psychiatr. Wochenschrift, n° 38, 1899) et sur l'*hédonal* (65^e congrès de la Société psychiatrique de la province du Rhin — Psychiatr. Wochenschrift, n° 23, 1900). Non moins nets les *skiagrammes* d'aliénés qui se sont enfoncés des épingles et aiguilles dans la jambe ou tiré des balles de revolver dans l'orbite et la fosse moyenne du crâne (65^e Congrès de la Société psychiatrique de la province du Rhin, juin 1900).

En 1901, M. Fœrster communique à la Société psychiatrique de la province du Rhin (68^e réunion du 9 novembre) deux observations de *paralysie générale juvénile* confirmée par l'autopsie.

En 1902, dans la 69^e réunion de la même Société, le 7 juin, il étudie *deux curiosités anatomopathologiques*. — Une démente précoce présente des signes d'hystérie ; elle boite de la jambe gauche ; on croit à une luxation et on intervient chirurgicalement ; elle est prise alors d'accidents gangreneux du décubitus qui engendrent une encéphalo-myélite disséminée. — Un jeune héréditaire de vingt ans, rachitique, hydrocéphale, atteint, sous l'influence d'un chagrin, de dépression mélancolique, succombe bientôt à un délire aigu. Le cerveau n'est pas examiné ; mais on constate une syringomyélie entée sur certaines anomalies de développement antérieur.

Mentionnons maintenant le mémoire relatif à la *part prise par les aliénistes allemands au mouvement anti-alcoolique de leur pays*, dans la Psychiatr. neurolog. Wochenschrift de 1903, n° 2. L'idée dominante de cette

esquisse historique est la suivante. Les recherches scientifiques ayant précisé les effets du poison alcoolique sur les tissus, le nouveau mouvement anti-alcoolique allemand ne partagera pas le sort malheureux de ses prédécesseurs. L'auteur est d'avis que, contrairement aux efforts précédents, il faut s'attacher les classes cultivées en les convainquant scientifiquement.

Enfin, en février 1904, M. R. Fœrster présente à la Société de neurologie de Paris un cas de *cécité verbale congénitale chez un débile*, emprunté au service de M. Pierre Marie. Il s'agit, en l'espèce, non d'une lésion en foyer, mais d'un développement défectueux et inégal du cerveau, c'est-à-dire des centres psychiques et d'un défaut d'éducation.

En voilà assez, pensons-nous, pour justifier la proposition que nous ferons à la Société d'admettre dans son sein un travailleur aussi judicieux que M. Fœrster.

Conformément à ces conclusions, M. Fœrster est élu, à l'unanimité, membre associé étranger.

Hallucinations auditives et surtout visuelles, durant depuis plusieurs années chez un vieillard et aboutissant à la démence sénile,

Par M. L. PRON.

Je crois intéressant de présenter à la Société médico-psychologique le cas suivant, en raison de la longue durée des hallucinations dont le malade a été l'objet et du maintien relatif de l'intégrité de l'état mental pendant un temps assez long.

Il s'agit d'un vigneron, M. P..., âgé de soixante-dix-neuf ans actuellement. De tout temps, il a fait des excès de boisson, sans jamais être ivre ; il prend, depuis sa jeunesse, trois litres de vin par jour et une forte ration d'eau-de-vie, au moins un demi-verre. Il ne présente pourtant pas de symptômes d'éthylisme marqués : ni tremblements, ni pituites, ni troubles sensitifs ; son sommeil seul est troublé chaque nuit par des rêves pénibles. Il a bon appétit et sa robuste constitution lui

permet de fournir un travail régulier. Il n'a jamais fait de maladie sérieuse.

Ce sujet a commencé à avoir, en 1900, c'est-à-dire à l'âge de soixante-quinze ans, des hallucinations auditives, qui consistaient simplement en bruits insolites et variés qu'il entendait la nuit ; elles furent de courte durée et ne se montrèrent que rarement.

En même temps, il eut des hallucinations visuelles qui ne l'ont presque pas quitté depuis. Etant au bois avec son fils, il a vu vingt gendarmes en grande tenue qui passaient au galop de leurs chevaux ; quelques minutes après, il les a vus revenir d'une direction opposée ; il a expliqué leur présence, en disant qu'ils venaient de faire une perquisition dans un pays voisin. A diverses reprises, il eut, dans la suite et dans les mêmes conditions, la même vision.

En 1902, pendant plusieurs semaines, à la même heure, c'est-à-dire vers 3 heures de l'après-midi, alors qu'il était assis à sa table et occupé à manger en buvant un verre de vin, il a vu les sœurs de la ville voisine se promener dans la vigne qui se trouve en face de son domicile ; certaines fois, les frères des écoles chrétiennes les accompagnaient sous un poirier de son jardin.

Puis, des troupeaux de moutons et de chevaux ont succédé aux sœurs dans la propriété.

Enfin, ce sont des voleurs qui viennent plusieurs fois par jour dans la vigne, au nombre de plusieurs centaines au moins. M. P... les injurie, leur ordonne de partir, les menace de son bâton ; les voleurs ne répondent pas et ne bougent pas ; puis, brusquement, ils disparaissent, ce qui étonne beaucoup le malade et le met fortement en colère.

Sa famille a beau lui dire qu'il s'imagine ce qu'il voit et qu'il n'y a jamais eu personne dans sa vigne, il ne la croit pas. A la même assertion que je lui fis un jour, il répondit : « Mais qu'ils s'en aillent donc ! »

Par ailleurs, M. P... est presque normal ; il parle de tout d'une façon correcte, répond bien aux questions qu'on lui pose, ne fait pas d'erreur quand on l'oblige à remonter dans ses souvenirs et à parler de sa femme morte depuis quatorze ans ; il fait, chaque dimanche, sa partie de cartes, comme un jeune homme ; son fils dit

seulement qu'il lui arrive de ne pas toujours comprendre de suite les idées qu'on exprime devant lui.

En mai 1904, je revois le malade, qui n'a pas changé au point de vue physique; il est toujours solide et va, chaque jour, la hotte sur l'épaule, travailler ses vignes; il ne se plaint d'aucun malaise. Mais il a entendu, à maintes reprises et pendant la nuit, son voisin le curé dire des prières pour lui; or il n'a pas la foi, il se demande à quoi peuvent servir ces *oremus*, comme il les appelle, et prie le curé de les garder pour lui.

Il continue à voir une bande nombreuse de vauriens qui viennent saccager sa vigne depuis deux ou trois ans; un jour, il a saisi une fourche et s'est précipité sur eux, mais ils ont pris brusquement la fuite. Quelquefois ils ont l'audace de venir se promener en voiture; M. P... est alors au désespoir, parce que tous les ceps vont être brisés. Il se rend dans la propriété pour se rendre compte des dégâts causés et il est tout surpris de trouver la vigne en bon état et de ne pas voir de trace de passage des roues. Malgré ce fait probant, M. P... persiste dans sa croyance.

Fin septembre, je suis appelé pour une légère blessure au pied. Depuis un mois, les voleurs ont disparu et M. P... n'a plus rien qui le préoccupe; mais son état mental baisse; il ne saisit que difficilement ce qu'on lui dit, il ne sait pas quel jour on est; il perd la notion du temps; c'est ainsi qu'hier samedi il maugréait contre ses vendangeuses qui ne rentraient pas pour le repas du soir et qui étaient, selon lui, retenues aux vêpres. Il appelle sa femme morte depuis quinze ans et la croit à la ville voisine, occupée à faire des commissions. Il commence à avoir l'air béat des déments.

Un cas de délire chronique avec prédominance d'idées de négation,

par MM. MARIE et VIOLET.

Les idées délirantes de négation ont été tout d'abord décrites par Baillarger dans la paralysie générale.

Cotard les a étudiées dans leurs manifestations plus

ou moins systématisées au cours des mélancolies chroniques.

Ségla a signalé leur existence dans les délires chroniques de persécution, en faisant une place aux formes hypocondriaques avec négation intermédiaires entre les états mélancoliques et les délires de persécution progressifs. C'est un cas de ce genre que nous apportons, offrant quelques particularités cliniques nouvelles à notre sens.

Voici cette observation :

OBSERVATION

Antécédents héréditaires. — B..., âgé de quarante-deux ans, facteur, est le fils d'un père très peureux qui aimait à boire et est mort assez jeune d'une affection pulmonaire aiguë. Sa mère est atteinte de rhumatisme déformant. Quant à lui, il s'est toujours bien porté. Il a une certaine instruction.

Antécédents personnels. — Il a été dix-huit mois frère des Ecoles chrétiennes. Elevé dans ces écoles, il y fut novice au bout de trois ans, fit treize mois de noviciat à Rodez et quatre à Bordeaux.

Partit au régiment de 1883 à 1886; a travaillé ensuite à la terre. Fut ensuite employé à la gare de Toulouse cinq ans, de 1888 à 1893; marié à Toulouse durant ce séjour. Entré dans les postes en 1894.

Il buvait un peu d'absinthe, mais ne rentrait jamais gris, sauf deux ou trois fois en dix ans. Sa femme, qui a donné ces renseignements, dit n'avoir depuis dix ans de vie commune, jamais pu comprendre son caractère. Il était concentré, peu communicatif, se couchait volontiers pendant la journée. Se montrait un peu religieux et allait à la messe le dimanche, quand il en avait le temps. Il était très pusillanime.

Il aurait eu des fugues causées par des craintes vagues dès l'époque de son emploi au chemin de fer de Toulouse, après son mariage; c'est ainsi qu'il prit un soir un train passant dans la gare où il était en service, croyant échapper à un danger imminent et disparaissant inopinément de son ménage comme de son service. Pas de délire caractérisé encore, mais déséquilibre probable tout au moins.

C'est pour ces fugues qu'il fut remercié.

Les premières révélations, dit le malade, lui vinrent en 1898, à la suite d'une lettre du secrétaire d'Etat aux Postes, répondant à une demande dûment apostillée. A la suite de l'émotion qu'il éprouva de recevoir un pli officiel, il lui sembla que tout

le monde répétait sa pensée, annonçait ce qu'il allait faire, ou le nommait à mesure qu'il le faisait.

Tout le monde, à 10 mètres devant lui (jamais derrière), répétait et annonçait sa pensée, ainsi que ce qui allait lui arriver. Exemple : il va rattacher son soulier ; il va faire envoler les pigeons, etc. « C'était la lumière d'intelligence venant du Ciel qui pénétrait sa pensée », il l'a compris depuis.

Il avait été, dit-il, surveillé par la police secrète pendant plusieurs mois. auparavant, « au revolver et au couteau », sur sa demande, parce qu'il s'était plaint au commissaire de police d'être poursuivi par des malfaiteurs depuis deux ans.

Il rentrait chez lui dès 8 heures parce qu'il voyait des figures peu rassurantes sur son passage dès la nuit tombante ; c'étaient des voyous qui cherchaient ainsi à le prendre même le jour, surtout quand il avait des mandats à payer à domicile, il refusait de monter dans les hôtels moins connus ; pour effectuer les paiements, il faisait descendre les destinataires.

En 1895, il aurait d'ailleurs failli réellement être assailli dans un hôtel par deux hommes qui voulaient toucher un mandat adressé à une femme. Lui, se serait enfui par la rampe d'escalier, mais n'avait pas osé se plaindre. — Autre émotion ayant pu accentuer les tendances délirantes, et dont il est difficile d'apprécier le bien fondé.

Début des troubles mentaux. — Les troubles mentaux paraissent donc avoir débuté chez lui vers le milieu de l'année 1896. Peu à peu, ses craintes confuses de persécution, qui n'étaient à vrai dire que l'exagération de son caractère peureux, se transformèrent : il avait peur des voyous qui le suivaient dans la rue, le *galopaint* (premier néologisme).

Mais il ne paraît pas, pendant un an et demi, avoir eu d'hallucinations, ni de tendances à des réactions particulières contre ses persécuteurs ; il ne semble pas non plus que ses persécutions se soient nettement manifestées par des hallucinations dans son domicile, ou que ses persécuteurs aient été des gens connus de lui ; son caractère était cependant plus concentré qu'auparavant. Il parlait peu. Brusquement, il se mit à ne plus parler du tout. Au bout de plusieurs jours de mutisme, sa femme lui demanda avec insistance pourquoi il ne causait plus.

Il finit par lui répondre : « Je sens un amour pour la Sainte-Vierge et j'ai un esprit saint dans le corps. »

Le lendemain, il sortit de sa torpeur et de son mutisme pour s'agiter avec une expression de visage illuminé et tout différent ; il disait qu'un grand feu avait passé à travers lui. Sa femme effrayée le fit conduire à l'Infirmierie spéciale du Dépôt, le 9 mars 1898. Sa femme a raconté que B... était allé quelques jours auparavant voir M^{lle} Couesdon, dont les prédictions

étaient célèbres alors. Il est possible que la forme de son délire ait subi de ce fait une orientation mystique nouvelle, et que, sans cet incident, il eût continué à évoluer comme un autre délirant chronique. Cet épisode aigu de mysticisme délirant pourrait avoir transformé brusquement la marche habituelle de la maladie et avoir précipité l'entrée du malade dans les asiles ?

A l'Infirmerie spéciale, dépression nouvelle; aussi fut-il dirigé sur Sainte-Anne avec le certificat suivant : « Délire mélancolique avec prédominance d'idées religieuses et de persécution. Refus d'aliments, mutisme. » Il reste deux jours à Sainte-Anne où M. Magnan le trouve atteint de mélancolie avec hallucinations, mutisme. Même appréciation du D^r Vallon deux jours après. Le diagnostic de mélancolie est maintenu jusqu'au 30 septembre 1898, où le D^r Vallon signe le certificat suivant : « Est atteint de mégalomanie religieuse consécutive à une phase mélancolique. Se dit fils de Dieu : tendance à la chronicité. » L'état d'illuminisme se dessinait alors et prenait définitivement le dessus, par rapport à la dépression mélancolique et hypocondriaque du début.

L'on peut déjà diviser la maladie de B... en deux phases bien distinctes : une phase d'idées confuses de persécution ayant duré un an et demi, une phase de mélancolie ayant duré environ six mois, avec mutisme prolongé durant le premier mois environ. Il nous faut revenir sur cette période de pseudo-mélancolie, succédant à une phase ancienne de persécution.

Cette deuxième phase de sa maladie s'annonce déjà quelques jours avant son internement. Elle a débuté par des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Il entendait nettement des révélation par les deux oreilles, sans différence, comme maintenant quand on lui parle. Il aurait déjà vu Dieu à Rodez, lors de son noviciat, dans la cathédrale, durant trois ou quatre minutes, la tête seulement, du côté du levant et de l'autel, c'est-à-dire à main droite.

Peu avant l'internement, il eut sa deuxième vision et vit la Vierge. Depuis, la lumière de Dieu ne l'a plus quitté.

Il montre une dépression du cuir chevelu à l'occiput et dit qu'à Sainte-Anne le créateur l'a fait pénétrer par la lumière de la résurrection; s'est alors cru assassiné par un coup de couteau à la nuque, et ne parlait plus, ne mangeait plus, se croyant mort. Il a levé son drap sur sa tête pour être porté comme décédé.

Un grand feu l'a traversé ensuite à plusieurs reprises, mais rien que du côté droit. Cela n'a commencé qu'après l'entrée dans l'Asile. C'est après l'exécution divine, à Sainte-Anne, qu'on lui a retiré ses viscères; les yeux et le cœur ont été les

premiers enlevés, puis les poumons, etc. Aujourd'hui, il n'y a plus rien, les yeux ayant été percés dès la première année; il peut désormais fixer le soleil. Pendant trois ans, on lui répétait qu'il était en enfer, on voulait le faire parler seul, on le traitait d'aliéné; c'était une épreuve.

Il ent plusieurs apparitions divines, qui l'entretenaient de l'amour. L'amour est la qualité céleste par excellence, et c'est pour le posséder qu'il subissait les épreuves. Il n'a aucune idée mélancolique, aucune idée de ruine ou de culpabilité, de souffrance méritée. Il sait que les souffrances corporelles qu'il a subies étaient motivées par l'examen céleste, explication rétrospective délirante de troubles hypocondriaques mêlés, dès leur apparition, à un délire mystique hallucinatoire très actif.

Comme on le voit, il est difficile de conserver le diagnostic de délire mélancolique vrai pendant cette première phase de la maladie. On ne rencontre chez notre malade aucune idée d'indignité, de déchéance personnelle. Le mutisme, le refus d'aliments, les idées de négation sont suffisamment expliquées par la nature du délire et des hallucinations. En outre, nous voyons évoluer, parallèlement aux idées de négation, des idées de persécution très systématisées, avec double courant d'hallucinations affligeantes et consolantes. On ne voit pas de tendances au suicide, mais par contre des réactions d'un mode tout spécial contre ses persécuteurs qu'il vainc par le mutisme.

Est-ce donc un hypocondriaque systématisé? Nous voyons que ses idées de négation ont à ce moment les caractères de celles des hypocondriaques, plutôt que de celles des mélancoliques. Délire de négation égocentrique, portant sur ses organes, mais non sur le monde extérieur ni sur des abstractions. Délire de négation certainement désolant, mais ne portant encore aucun signe de continuité, d'éternité dans sa désolation, et sur lequel se projette le délire mystique concomitant, avec ses hallucinations consolantes qui sont à double détente et le consolent aussi de la disparition de ses organes.

Toutefois, par certains points, ce délire de négation se distingue de la description de Ségla : les idées de négation s'établissent d'emblée, elles ne font du malade ni un gémissant, ni un réclameur; il est possible qu'il y ait eu, au début de ces idées, un substratum physique ayant contribué à donner cette direction spéciale au délire. Quoi qu'il en soit, la négation débute par les impressions de la sphère visuelle. Le malade croit qu'on lui a enlevé les yeux; puis la négation s'étend vite à d'autres sphères, « la lame de l'Esprit-Saint lui enlève le cœur », ce qui laisserait à penser que les sensations internes devaient être purement subjectives, purement hallucinatoires.

Par conséquent, dès à présent, nous voyons qu'il s'agit d'un

type aberrant de délire des négations. Cette impression ne fait que se fortifier au cours de l'interrogatoire.

Depuis septembre 1898 jusqu'à maintenant, le malade est entré dans la phase mégalomaniacale. Il y a pourtant deux périodes distinctes dans l'évolution de ce délire : une première période qui a duré environ deux ans et demi et où le malade était un persécuté mégalomane latent, mais partagé entre les deux courants délirants, antagonistes, d'attaque et de défense.

C'est la période d'*avant la révélation*; et dans une période ultérieure où le malade est un pur mégalomane avec idées d'immortalité et de pouvoir suprême, où les quelques idées très vagues de persécution qui prirent une forme spéciale sont largement compensées par une puissance infinie : les conceptions délirantes négatrices n'en persistent pas moins et s'en trouvent, en quelque sorte, fortifiées. N'est-ce pas le propre d'un Dieu seul de pouvoir vivre sans organes?

Pendant la première période, le malade sait qu'il est fils de Dieu; cette idée consolante est née d'une apparition de la Vierge qui l'a appelé : « Mon fils »; c'est une simple constatation qui ne lui confère aucun devoir spécial, aucune mission sur la terre, mais qui n'amène pas non plus une bien grande amélioration dans la persécution à laquelle il est en butte. Le nombre de ses persécuteurs a augmenté; ce sont les prêtres qu'il doit vaincre. Car s'il est religieux, il est loin d'être cléricale. Les prêtres sont les ennemis de Dieu, ils mentent. « Ce n'est pas vrai ce qu'ils disent dans le catéchisme. Ils sont contre l'amour. » Et B... a avec eux, sans parler, de longues discussions sur le dogme, pendant lesquelles il leur démontre que l'enfer n'existe pas, que le purgatoire n'existe pas, qu'il n'y a que le ciel et la terre, que les étoiles sont des demoiselles, et que lui, après sa mort, sera une demoiselle étoile dans le ciel, que le ciel est l'amour et qu'il n'existe ni mal ni bien, mais seulement l'amour.

Que deviennent les idées de négation pendant cette période? Elles persistent très intenses : « On peut l'ausculter, il n'a ni cœur, ni poumon, ni cervelle. Il est vide. » Mais on remarque que, pendant qu'évolue son délire mystique, le délire de négation s'étend, déborde le cadre fixé par Séglaux aux idées de négation hypocondriaques. Comme on l'a vu, il n'y a ni enfer, ni purgatoire, ni bien ni mal. Ce délire de négation cesse d'être purement égocentrique pour s'attaquer aux abstractions. Mais il n'a pas encore une explication satisfaisante du vide qui s'est produit en lui. La révélation va la lui fournir.

Voici ce qu'il en dit : Dieu lui est apparu en personne et lui a tout révélé. Il sait qu'il passait un examen pour entrer en amour. Il y a quatre personnes dans la Sainte-Trinité, la Sainte Vierge qui est Dieu est la troisième personne; lui qui

est la quatrième personne, est l'Esprit-Saint : « Dieu, nous dit-il, est un mot en quatre lettres, donc il y a quatre personnes. Le père, c'est Dieu. Lorsqu'il signe, comme il n'a pas le droit de signer sa lettre, il signe *ieu*. Le fils c'est *i* qui signe *Deu*. La Sainte Vierge, c'est *e*, elle signe *Diu*. Lui-même, c'est *u*, il signe *Die*. il est donc le plus puissant, puisque *Die* se prononce *Dieu*. » Ce jeu de mot rappelle certains cas d'onomatomanie délirante. Il apprend, enfin, qu'il va bientôt faire son ascension, et c'est pour cela qu'on l'a vidé, pour qu'il soit assez léger. Ainsi s'expliquent finalement et se confirment encore ses idées de négation touchant ses différents viscères. Telles sont les explications par lesquelles il croit concilier ses négations mélancoliques initiales avec son pouvoir divin final et son omniscience; nous voyons donc apparaître tout d'abord un syndrome de négation aboutissant à une idée d'immortalité négative, comme dans le syndrome de Cotard; on remarquera que cette idée est d'une interprétation ambiguë.

On peut dire qu'ici l'immortalité est la suite logique du délire mégalomane qui l'avait déjà fait fils de Dieu; dès lors, les idées de négation et le vide fait en lui se transforment en une coïncidence heureuse; on peut dire aussi que l'idée d'immortalité lui est venue (comme aux mélancoliques de Cotard) de l'étonnement de vivre encore avec si peu d'organes, mais le délire de toute-puissance en devient un corollaire naturel, à la différence des négateurs ordinaires; on peut dire, enfin, que l'hallucination révélatrice a tout transformé, tout réédifié, sur ce point de départ secondaire; les raisonnements ultérieurs du malade ont greffé les explications de toute puissance et de survie en l'absence d'organes.

En présence de ces trois hypothèses nous pourrions hésiter, si l'interrogatoire du malade ne nous faisait pencher en faveur de la seconde. En effet, les idées de négation, si elles n'ont pas toujours été la note la plus saisissante chez notre malade, ont toujours été la note dominante.

Voici un fait, d'ailleurs, qui plaide en faveur de cette interprétation. L'attitude de notre malade a toujours été celle d'un tranquille, d'un extatique.

Valide et s'occupant un peu d'ordinaire, B... fut pris, en octobre 1901, de maux de tête violents qui le forcèrent à s'aliter. Il eut alors un ictus très léger, à la suite duquel il présenta une hémiparésie droite, surtout marquée à la face. Ptosis de la paupière supérieure droite, abaissement de la commissure labiale à droite, déviation de la langue dans le même sens; le malade ne peut plus siffler, la parole était embarrassée. Il éprouvait une certaine pesanteur douloureuse dans l'épaule et dans le genou droits. Il paraît bien que l'on ait eu affaire à ce

moment à un trouble vasculaire quelconque limité à l'hémisphère gauche.

Concurremment à ces troubles moteurs et sensitifs, il y eut redoublement des hallucinations auditives, tant au point de vue de leur fréquence que du mode comminatoire de la conversation. Par contre, les hallucinations de la vue (hallucinations consonnantes, Dieu, le miroir du Ciel, la Sainte Vierge) disparurent pour un temps ; ce ne furent que lorsque les troubles moteurs s'atténuèrent que ces hallucinations reparurent.

Des troubles qu'il a présentés, le malade conserve encore une déviation légère de la langue à droite, avec diminution de la force musculaire du même côté.

A dater de cette époque, il ne sortit plus du lit que pour s'asseoir sur une chaise et ne plus la quitter jusqu'au coucher. Aussi, depuis trois ans, prend-il assez peu de mouvement. Il ne peut plus guère marcher sans prendre un point d'appui et interprète ces phénomènes dans le sens de son délire de négation : les jambes se vident comme le reste du corps. La partie inférieure de son individu s'est même vidée, tellement qu'elle est, dès lors, la plus légère, et il risquerait de monter au Ciel les jambes en l'air, dans une attitude plutôt ridicule pour la quatrième personne de la Sainte-Trinité. Mais une hallucination consolante l'a rassuré sur ce point. On remarquera que la première explication qu'il ait trouvée de la faiblesse de ses jambes est une idée de négation. Il est donc possible que cette partie de l'ensemble délirant ait été la plus importante et comme la motrice de tout le reste ; et cette appréciation est corroborée par la persistance du délire de négation pendant toute la durée de la maladie.

Etat actuel. — La voix de l'Enfant Jésus lui parle toujours à l'oreille droite.

Interrogé s'il l'entend en ce moment, il fixe avec attention les yeux à droite et l'oreille tendue du même côté, puis rit. Jésus vient de lui dire en patois du Lot : « Es un voleur », tu es un voleur. C'est une plaisanterie amicale. (Autrefois les mêmes mots lui étaient dits par les voyous pour l'ennuyer.)

Depuis qu'il est devenu trop léger pour se tenir sans lest, il ne quitte pas le contact du sol et marche en traînant les pieds et en s'appuyant des deux mains aux murs et objets voisins.

La nuit, comme les sorciers du Sabbat, il croit faire des furies par la pensée seule ; il a ainsi visité l'Espagne et a vu la terre de loin. C'est la lévitation imaginaire, en attendant la lévitation réelle. Il se fait un serre-tête pour empêcher le trop rapide gonflement de sa tête, car il annonce que l'heure approche où le *vide complet* étant réalisé dans son intérieur, il s'envolera par les fenêtres au Ciel, comme un ballon plus léger que l'air.

(Cœur gros, légèrement hypertrophié. Premier bruit exagéré. — Légère déviation de la langue à droite. — Pas d'anesthésie cutanée. — Réflexes patellaires exagérés et normaux. — Pupilles réagissant sans inégalité.)

Un tel cas de psychose systématique chronique est difficilement assimilable aux états de stéréotypies des démenances précoces; l'énormité euphorique finale fait pressentir un affaiblissement démentiel ultérieur, et la formule délirante monotome tourne dans un cercle de plus en plus restreint. Les attitudes bizarres sont-elles ici imposées par certaines convictions fausses, ou par des désordres cérébraux préalables? Il semble bien, dans notre cas, que l'espèce de reptation et de démarche insolite du malade tienne moins à des convictions délirantes anciennes qu'à une lésion circonscrite. Cette lésion serait elle-même en rapport avec le foyer prédominant des troubles mentaux antérieurs; mais elle est interposée entre eux et l'impotence relative qui semble désormais motiver l'attitude du sujet.

Nous croyons pouvoir conclure que nous avons eu affaire à un délirant chronique chez qui la note dominante a consisté en idées de négation, et chez qui l'évolution a été néanmoins rapide vers la phase de mégalomanie. Ce n'est pas un hypocondriaque vrai, car les idées de négation qu'il a présentées n'ont pas développé chez lui les troubles du caractère et les réactions propres aux hypocondriaques. Elles ont rapidement cessé d'être égocentriques pour s'attaquer aux abstractions et provoquer des idées d'immortalité et d'énormité euphoriques. Ce n'est donc pas un mélancolique, mais un délire appartenant aux forces mixtes intermédiaires entre la négation universelle et désolante des mélancoliques, et la négation purement égocentrique des délirants chroniques hypocondriaques.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

J.-M. DUPAIN.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.

ANNÉE 1903

I. — *Sur le symptôme de Ganser et sa signification au point de vue légal*; par le D^r Lucke, de Dresde (1^{er} et 2^e fascicule). — A l'instar des vues émises par Ganser (1897), sur un trouble particulier de la conscience qu'on rencontre dans l'hystérie, l'auteur, à l'appui de quatre observations, tâche de démontrer l'existence réelle du trouble et sa valeur au point de vue judiciaire.

C'est un phénomène morbide qui se traduit cliniquement par une incapacité de la part du malade de répondre aux questions les plus élémentaires : compter à la suite, nommer les mois, les lettres de l'alphabet, etc., etc.; tandis que, d'autre part, il est en état de parler couramment, sans que les paroles et les phrases aient une liaison quelconque avec les questions posées.

Ces faits ressortent clairement des trois premières observations; dans la quatrième, il s'agit d'une catatonie apparaissant sur un fond hystérique.

Ici on rencontre encore le symptôme de Ganser. Dans ce cas, celui-ci n'est pas en rapport avec la maladie aiguë, il appartient plutôt à l'hystérie.

Au point de vue médico-légal, les cas qui présentent le symptôme en question pourraient facilement faire songer à la simulation. Cependant ce trouble doit être envisagé comme constituant un état crépusculaire spécial propre à l'hystérie, et par conséquent de semblables cas demandent l'application du paragraphe 51 du Code pénal allemand.

II. — *Un cas de folie induite*; par le D^r Witte, de Freiburg (1^{er} et 2^e fascicule). — C'est une longue description de deux cas de Paranoïa : une première personne, l'élément actif,

communiqué ses idées délirantes à une seconde, l'élément passif, celle-ci débile, prédisposée.

Rien de spécial dans ce travail, rien hors des faits déjà connus.

III. — *Sur quelques cas de simulation*; par le D^r Bolte, de Bremen (1^{er} et 2^e fascicule). — L'auteur relate les observations de six cas de simulation qu'il a eu l'occasion de suivre dans le service du D^r Delbrück.

Il s'agit d'individus amoraux, charlatans, voleurs. Les troubles qu'ils simulaient, par leurs aspect extérieur, rappelaient l'hébéphrénie, la stupeur hystérique ou catatonique, pseudalgia fantastica, perversion sexuelle, etc.

Rarement un homme sain d'esprit arrive à simuler; 90 p. 100 des simulateurs sont des malades intellectuellement, des dégénérés, des candidats à la folie. Pour arriver à découvrir la simulation, le simple examen n'est nullement suffisant; la manière dont l'individu se conduit à l'asile et hors de l'asile est nécessaire à connaître.

IV. *La nouvelle section d'aliénés organisée auprès du pénitencier de Graudenz*; par le D^r Sander, médecin directeur (1^{er} et 2^e fascicule). — C'est la dernière section à côté des cinq autres qui fonctionnent déjà auprès des pénitenciers de la Prusse (Moabit depuis dix ans, Breslau, Cologne, Munster et Halle).

Cette nouvelle section est destinée à recevoir les individus prisonniers qui, par suite de leur état mental, doivent être soumis à un traitement (en cas de guérison), ou à l'observation, celle-ci ne devant pas dépasser au delà de six mois. Un prolongement du séjour dans cette section aura lieu alors seulement qu'on aura la certitude d'une prochaine amélioration, état qui n'empêcherait pas l'individu de subir la peine; en cas contraire, il est transféré dans un asile spécial d'aliénés.

L'auteur fait ressortir les services que rendent de semblables sections au point de vue pratique et social, ainsi que l'avantage scientifique de rendre possible au médecin aliéniste l'étude des causes du crime par son côté psychopathologique, et de faire des recherches suivies pouvant aider à résoudre les problèmes qui se rapportent aux modifications qui doivent survenir tôt ou tard touchant l'exécution de la peine.

V. — *Contribution à la doctrine de la Paranoïa*; par le D^r Schneider, de Freiburg (1^{er} et 2^e fascicules). — C'est

l'exposé fort intéressant d'un cas de paranoïa à l'aide duquel l'auteur veut étudier la genèse du délire, le développement d'un système délirant qui suppose l'affaiblissement du jugement. Celui-ci peut survenir soit par suite d'un état affectif morbide, tel qu'on le rencontre surtout chez les individus d'une moindre valeur intellectuelle (dégénérés débiles), soit dans les cas de débilité psychique due à une maladie ayant existé auparavant ou devenue stationnaire. Les premiers cas appartiennent à la classe des pseudo-quérulants (Kraepelin), donc ils sont curables; les seconds rentrent dans le groupe de la démence précoce, incurables. Remarquable dans tous ces cas : c'est d'une part l'affaiblissement du jugement, de l'autre l'intégrité de la logique, du pouvoir de conception, et de systématisation, et de la mémoire.

VI. — *La question de l'hypocondrie. Hypochondria cum materia* (?); par le P^r Pick, de Prague (1^{er} et 2^e fascicule). — L'auteur démontre, à l'appui de deux observations, que des troubles et modifications dans les organes peuvent avoir un rapport direct avec des manifestations hypocondriaques. L'hypocondrie *cum materia* existe et constitue une vraie hypocondrie, contrairement à l'opinion émise dernièrement par Raecke, que la vraie hypocondrie est toujours une hypocondrie *sine materia*.

VII. — *Les exhibitionnistes devant la justice pénale*; par le D^r Burgl, de Nuremberg (1^{er} et 2^e fascicules). — En cas d'exhibitionnisme, M. Burgl cherche à résoudre les questions suivantes : 1° L'exhibitionnisme est-il dû à un état de débilité mentale congénitale ou de démence? 2° A-t-il le caractère d'un acte impulsif? 3° A-t-il le caractère d'un acte obsédant? 4° Est-il accidentel (oubli, manque d'orientation, trouble profond de la conscience, affaiblissement psychique accusé)? 5° Est-il un acte de négligence? 6° Se rencontre-t-il chez des gens normaux? Dans la première catégorie se placent les imbéciles, idiots, déments séniles, paralytiques, alcooliques; dans la seconde les crépusculaires épileptiques traumatiques, alcooliques et les dégénérés; dans la troisième, les prodromiques des nombreuses maladies : paralysie, mélancolie, paranoïa, hystérie, neurasthénie; dans la quatrième, les déments séniles, paralytiques, ivrognes, idiots; dans la cinquième, des personnes atteintes des maladies somatiques (éventration, hypertrophie de la prostate, hernie, strictures, etc.).

L'auteur insiste sur la distinction qu'on doit faire entre

l'exhibition (l'acte survenant une fois) et l'exhibitionnisme (la répétition fréquente de l'acte), ayant un gros intérêt au point de vue pratique. La première se rencontre chez des malades et des normaux; tandis que la seconde, toujours chez les aliénés et les anormaux.

VIII. — *Le poids du cerveau et de ses parties dans cent cas de démence paralytique*; par le D^r G. Ilberg (3^e fascicule). — L'auteur a sectionné les cerveaux suivant la méthode de Meynert. Dans un tableau d'ensemble, il marque le poids total des cerveaux et de leurs parties : manteau cérébral, cervelet, tronc cérébral, ganglions gris, liquide céphalo-rachidien, etc., etc., et cela par rapport à la longueur du corps et à la durée de la maladie.

De toutes ses recherches il découle que toutes les parties du cerveau diminuent dans leur poids dans la paralysie générale en cas que la maladie a été d'une longue durée; mais d'une manière plus prononcée, c'est le manteau cérébral et spécialement l'écorce frontale qui sont atteints.

IX. — *Sur les troubles psychiques à marche périodique*; par G. Eisath, de Hall-Tirol (3^e fascicule). — L'auteur relate les observations de cinq cas de psychose périodique. Contrairement aux opinions professées par Kirn-Hitzig, et nouvellement par Pilez, il ne considère pas la périodicité comme facteur distinctif dans la délimitation des tableaux morbides. Entre la périodicité et la récurrence des troubles, il n'y a pas de limites tranchantes, mais toute une série de transitions. Par cette manière de voir, il confirme les vues de Kraepelin, avec une seule différence : il admet l'existence des états dépressifs et des états maniaques isolément, comme pouvant durer pendant toute la maladie. Il me semble que le professeur de Munich n'exclut nullement cette possibilité, il l'envisage simplement comme une rareté. Nous savons d'ailleurs que des légères oscillations du côté du ton humoral, dans le sens positif ou négatif (excitation ou dépression), surviennent non rarement chez les malades de cette catégorie, sans toutefois qu'elles soient remarquées par la famille, et partant qu'elles puissent se révéler à notre observation (Kraepelin).

X. — *Thérapie psychiatrique*; par le D^r Prengowski, de Heidelberg (3^e fascicule). — Dans des conditions pathologiques de la peau, amenant surtout le spasme des vaisseaux cutanés avec ses conséquences, des troubles psychiques manifestes peuvent apparaître. La neurasthénie périodique et la catatonie

de Kahlbaum-Kræpelin entreraient en grande partie dans cette catégorie. Donc, par un traitement approprié, on pourrait éloigner les manifestations intellectuelles morbides. A cet effet, le but thérapeutique serait, selon l'auteur, de chercher à produire une vaso-dilatation cutanée de façon à occasionner la transpiration abondante du côté de la peau.

Il nous semble que les choses ne paraissent pas si simples.

XI. — *Atrophie unilatérale du cerveau avec atrophie croisée du cervelet dans un cas de paralysie progressive avec des symptômes en foyer*: par le Dr Buder, de Würzburg (4^e fascicule). — Au cours d'une paralysie générale, présentant les symptômes classiques, survient à un moment donné, à la suite d'attaques apoplectiformes, une hémiplegie droite durable. La durée de la maladie fut de vingt-cinq mois.

L'autopsie décèle une énorme atrophie du cerveau gauche (154 grammes moins que le droit), ainsi qu'une atrophie de l'hémisphère droit du cervelet. Microscopiquement, des altérations cellulaires de l'écorce centrale et frontale gauche, la disparition des fibres tangentiellles et d'un grand nombre de fibres de projection du même côté; enfin, une dégénérescence de la voie pyramidale, qui se laisse suivre d'une façon continue à travers la capsule interne, pédoncule et protubérance, jusque dans le cordon pyramidal latéral du côté opposé et l'antérieur du même côté.

L'auteur discute la question de la localisation du processus de genèse paralytique dans le cerveau, et le rapport qui existe entre les altérations cérébrales et les altérations médullaires.

Quelle est la cause de cette grosse atrophie de l'hémisphère? N'est-elle pas née à la suite d'un processus quelconque d'une autre nature? Est-elle la conséquence du processus paralytique? Ou bien la paralysie générale s'est-elle développée sur un cerveau dont un hémisphère était frappé de l'atrophie par suite d'un arrêt de développement?

Par exclusion, Buder arrive à poser le diagnostic de paralysie générale atypique (de Lissauer), présentant une marche et des lésions toutes particulières. Contre un arrêt de développement parle le développement égal du tronc cérébral, des pyramides, etc., qui ne montre point une hypoplasie, mais une dégénérescence. La sclérose cérébrale diffuse (Strümpell) pourrait simuler la paralysie générale, et cela par la présence de l'atrophie unilatérale et la dégénérescence descendante qui sont assez fréquentes dans cette maladie; ensuite les foyers disséminés

existant dans le pédoncule et l'hémisphère droit; mais le manque de prolifération névroglie abondante, des foyers disséminés de sclérose dans la moelle, de consistance semblable au cuir de la masse cérébrale, et la présence de l'inégalité pupillaire, rendent le diagnostic de sclérose diffuse impossible.

Quelle est la cause réelle de cette atrophie, l'auteur ne saurait le dire. Peut-être des troubles dans la circulation y prennent part, mais les données anatomiques ne nous renseignent guère sur ce point: on ne constate aucune anomalie du côté des vaisseaux et dans leur distribution, pas d'athéromasie artérielle.

Il arrive que par suite des altérations des centres nutritifs cérébraux, — des cellules ganglionnaires des circonvolutions d'un côté, — il pourrait se produire une dégénérescence descendante. En tout cas, pour l'auteur, la dégénérescence des cordons latéraux est primitive; l'intensité variable de la dégénérescence et l'étendue du territoire de la voie du cordon pyramidal latéral empiétant sur le côté périphérique et sur le côté de la substance grise semblent le prouver.

La dégénérescence des cordons postérieurs n'est pas identique à celle qu'on trouve dans le tabes: le champ ventral et le fascicule dorso-médian, intacts en cas de tabes, se trouvent justement atteints dans le cas de l'auteur. L'atrophie de l'hémisphère droit du cervelet doit être envisagée comme secondaire dépendante de l'atrophie du cerveau gauche (voie cortico-cérébelleuse).

XII. — *Sur la démence précoce*; par le Dr Bernstein, de Moscou (4^e fascicule). — C'est une communication faite devant l'Association des médecins aliénistes et neurologistes de Moscou (1902). L'auteur s'efforce de faire ressortir la valeur clinique de la démence précoce, telle qu'elle fut décrite par Kraepelin. Il insiste sur la distinction qu'on doit faire entre l'entité décrite par le professeur de Heidelberg et celle de Christian, Tschisch, Anfimoff, etc., et cela, selon nous, à juste raison. La dénomination est aussi défectueuse, l'attribut *precox* conduit à des malentendus; à cet effet, il propose le nom de *Morbus Kraepelini*, lequel conviendrait mieux.

XIII. — *Contribution à l'étude de la paralysie générale (Longue durée et considérable rémission)*, par le Dr Schäfer, de Langenhorn (4^e fascicule). — Deux observations de paralysie générale. Dans la première, la maladie a suivi sa marche pendant une période de vingt-trois ans, mais d'une façon certaine plutôt pendant seize ans; dans la seconde, la durée a été de six années; dans l'intervalle, survint une rémission de deux années.

XIV. — *Le traitement de la paralysie générale progressive et des psychoses toxiques et infectieuses par des injections de sérum*; par le Dr Donath, de Budapest (4^e fascicule). — Le sérum que l'auteur emploie, a un double avantage: 1^o Il est isotonique au sang; 2^o n'altère pas les globules sanguins comme celui de Hayem qui amène un ratatinement des éléments rouges. Voici la formule: Kalii sulfurici (K^2SO^4) 0 gr. 25; Kalii chlorati (KCl) 1 gr.; Natrii chlorati (NaCl) 6 gr. 75; Kalii carbonici pur. sicc. (Co^3K^2) 0 gr. 40; Natr. phosph. cryst. ($Na^2HPO^4 + 12H^2O$) 3 gr. 10; Aq. distil 1000 gr. Suivant Donath, ce sérum est un puissant cardiaque et diurétique, augmente l'appétit et tonifie considérablement le système nerveux. Jamais d'accidents sérieux.

L'injection dans une seule séance contient 500 à 1000 gr. de sérum; elle est répétée après trois ou quatre jours. C'est seulement après la première injection qu'on remarque une ascension fébrile, rien de pareil ultérieurement.

L'auteur nous montre les résultats de ce mode de traitement dans six cas de paralysie générale, un de syphilis cérébrale, un cas de tétanie et enfin un autre de mélancolie; ils sont d'ailleurs remarquables.

De ces expériences Donath conclut que le sérum est un moyen de haute valeur que nous possédons pour le traitement de la paralysie générale, pouvant arrêter souvent la maladie dans sa marche. Le succès de cette thérapie est encore plus certain dans les cas où l'affection est au début; mais aussi chez les chroniques elle n'est pas nuisible.

Quel est le nombre total des cas auxquels ce traitement fut appliqué pour qu'il y eut neuf cas relatés chez lesquels l'action thérapeutique du sérum se montra efficace? L'auteur ne nous l'indique pas; donc, nous ne savons pas les cas où le traitement a échoué.

XV. — *Sur les symptômes hystériques dans les affections organiques du cerveau*; par le Dr Ernst Thoma, d'Illenau (4^e fascicule). — Le diagnostic anatomo-pathologique des quatre cas que l'auteur relate était: méningite tuberculeuse, syphilis cérébrale gommeuse, sclérose en plaques, et carcinomatoses cérébrales secondaires au carcinome du sein. Dans tous les cas on relevait cliniquement des troubles hystériques manifestes (stigmates, état mental, caractère, etc.).

Selon l'auteur, ce genre de manifestations morbides ne doit nullement être envisagé comme des signes pseudo-hystériques

ou hystériformes tenant à l'affection organique, mais comme des vrais symptômes hystériques concomitants. Ces derniers apparaissent dans ce cas au même titre que l'hystérie rencontrée dans la chlorose, anémie, âge critique d'involution, intoxication sulfo-carbonée, etc.

Les symptômes hystériques chez les organiques sont l'expression des troubles dans les échanges nutritifs, ou pour mieux s'exprimer, d'un genre d'intoxication spéciale et par sa genèse et par son degré d'intensité.

XVI. — *Nos connaissances sur la constitution du cerveau*; par le professeur Fr. N. Schulz, d'Iéna (4^e fascicule). — C'est la critique du gros livre de J. Thudichum : « La constitution chimique du cerveau de l'homme et des animaux. » L'auteur conclut après une longue analyse des faits, que, provisoirement, malgré les recherches de Thudichum, les bases chimiques pour l'examen de l'importance physiologique de la substance myélinique ne sont pas encore posées. Incontestablement nous avons des motifs sérieux qui nous autorisent à admettre la grosse importance qui revient à cette substance dans la fonction du système nerveux; cependant, par analogie avec les autres cellules vivantes, nous devons admettre que l'activité du système nerveux est liée en dernière ligne au protoplasma du neurone. Mais, malheureusement, il existe encore des sérieuses difficultés dans la recherche des matières albumineuses du cerveau. On voit donc comme nos connaissances sont encore pleines de lacunes en ce qui concerne la chimie du cerveau, et que nous sommes encore loin de pouvoir répondre sur le rapport qui existe entre la fonction du système nerveux et sa composition chimique.

XVII. — *Un cas de psychose née par suite de mycosis fungoïdes*; par le D^r Sipöcz, de Budapest (4^e fascicule). — C'est un cas rare à l'aide duquel l'auteur veut démontrer l'apparition des idées délirantes conduisant à un délire systématisé de persécution à la suite des hallucinations et illusions de la sphère tactile.

XVIII. — *Quelles sont les dispositions indispensables dans les asiles spéciaux pour les épileptiques?* par le D^r Stakeman, de Rotenburg (5^e fascicule). — L'auteur montre la grande nécessité des asiles pour le traitement des épileptiques, et les dispositions qu'on doit prendre pour leur fonctionnement. Les vues sont appuyées sur une longue expérience. Le travail ne se prête pas à une courte analyse.

XIX. — *Rapport médico-légal sur l'état mental de la femme X. (Vols au cours d'une grossesse)*; par le D^r Kornfeld (5^e fascicule). — Il s'agit d'une femme âgée de trente-quatre ans qui, au cours de sa grossesse, commit plusieurs vols. L'auteur exclut la présence de l'épilepsie (états crépusculaires), hystérie, manie, mélancolie, etc., etc. Cependant de nombreux facteurs, entre autres l'apparition des convulsions à l'époque pubère et la révolution qui se passe avec la grossesse, amenèrent de la part du système nerveux une diminution de la résistance psychique.

L'auteur classerait ce cas parmi ceux auxquels conviendrait la responsabilité atténuée.

XX. — *Les fugues morbides*; par le D^r Schultze, de Bonn (6^e fascicule). — Six observations viennent à l'appui de cette thèse. C'est au cours de l'épilepsie que les fugues se rencontrent le plus souvent. Elles se voient bien rarement chez des épileptiques souffrant des attaques classiques. Schultze en relate un cas. Pour le diagnostic des fugues dues à l'épilepsie exempte d'attaques, l'auteur révèle les signes suivants dans une observation fort instructive : maux de tête périodiques, susceptibilité exagérée envers l'alcool, incontinence d'urine souvent nocturne, perte de connaissance et troubles passagers de la conscience, etc. En outre on rencontre les fugues aussi dans d'autres cas de troubles intellectuels, *delirium tremens* (4^e observation); l'anxiété y joue aussi un grand rôle; ensuite fréquemment chez les dégénérés à titre d'actes impulsifs; des troubles du côté du ton affectif contribuent d'une part à l'accomplissement de l'acte, de l'autre à l'existence des amnésies. L'auteur n'est pas trop incliné à admettre l'existence des états crépusculaires chez les neurasthéniques, tels qu'ils ont été décrits par Krafft-Ebing; ils s'éclairent plutôt par les états d'anxiété qu'on rencontre dans ces cas. Au point de vue légal, l'accusé motive ses voyages; mais pourtant ce fait n'exclut pas leur caractère pathologique. Un trait commun remarqué par l'auteur dans tous ses cas, c'est que les individus en question n'ont que la peur de la peine, ils sont peu touchés par le fait des voyages morbides, ils n'ont pas le sentiment douloureux de l'incertitude, étant donnés de semblables penchants sérieux.

XXI. — *Les soins pour les enfants débiles de la Bavière*; par le D^r W. Weygandt, de Würzburg (6^e fascicule). — Quelle est l'importance des asiles pour les débiles et quelle doit

être leur mode d'organisation? Voilà les points principaux de la communication faite par Weygandt devant l'Association des médecins aliénistes de Munich (mai 1903).

Il serait désireux, selon l'auteur, que ces institutions soient créées pareillement aux asiles des arrondissements et dirigées par un médecin, et qu'elles possèdent des écoles suivant le type des écoles de l'État, avec un médecin scolaire ayant des connaissances psychiatriques.

D^r Soutzo fils, de Bucarest.

JOURNAUX ITALIENS

Annali di Nevrologia.

ANNÉE 1900.

I. — *Recherches sur la résistance des globules rouges chez les aliénés*; par les D^{rs} G. Obici et A. Bonon (n° 1). — Les auteurs appellent résistance globulaire la résistance opposée par le stroma du globule rouge à céder son hémoglobine à une solution saline. Ils regardent l'expression prise dans ce sens comme parfaitement synonyme des mots « isotonie sanguine » et « pouvoir hématolytique », et admettent en vertu de leurs recherches que : 1° les résistances globulaires chez les aliénés sont, dans la majorité des cas, inférieures à la normale; 2° les plus grandes altérations hématolytiques se rencontrent dans les aliénations liées à un processus infectieux ou une altération des échanges (pellagre, paralysie progressive, démence précoce à ses premiers stades); 3° dans beaucoup de cas il existe un rapport direct entre la gravité du processus toxique et des manifestations cliniques, et l'intensité des altérations du processus hématolytique; 4° c'est principalement dans les psychoses d'intoxication que se rencontrent ces formes spéciales du processus hématolytique que les études cliniques et expérimentales d'autres maladies font rattacher à des altérations dans la constitution du plasma.

II. — *Hérédité et alcoolisme*; par le D^r A. Lui, médecin-adjoint de l'asile de Brescia (n° 1). — Court article résumant les données obtenues à l'asile de Brescia, où la folie alcoolique

est très fréquente. Sur 1.500 sujets admis en cinq ans : 57 p. 100 des cas de folie alcoolique se sont montrés chez des héréditaires. Chez 25 p. 100 des héréditaires, on a retrouvé l'alcoolisme chez les parents. L'auteur présente sous forme de tableau synoptique le résumé de trente observations où sont relevées les tares vésaniques sur trois générations.

III. — *Quelques stades de développement des cellules de la moelle épinière de l'homme*; par les D^s C. Colucci et F. Piccinino (n° 2). — Les recherches des auteurs ont porté sur une moelle de fœtus humain de cinq mois environ. Ils ont étudié surtout les cellules des cornes antérieures et ont pu saisir les diverses phases du développement qui se produisent à cet âge. C'est ainsi qu'ils ont constaté l'enveloppement progressif du neuroblaste par la substance protoplasmique qui, se montrant d'abord comme un croissant, finit par englober le neuroblaste devenu noyau. Ils ont pu voir naître les fibrilles protoplasmiques et observer une concrétion primitive de substance protoplasmique autour de deux ou plusieurs neuroblastes, avec augmentation secondaire et formation d'autant d'éléments cellulaires qu'il y avait de neuroblastes inclus. Ils ont enfin noté les cordes chromatiques qui partent du nucléole. De nombreuses figures illustrent le texte.

IV. — *Idées fixes de désagrégation psychologique*; par le professeur F. del Greco (n° 2). — Leçon de pathologie générale sur la désagrégation psychologique qui est le mécanisme unique de développement de toutes les psychoses, depuis la simple fatigue jusqu'à l'arrêt de développement, l'idée fixe y constituant le premier signe de la folie.

V. — *La zone périnucléaire dans la cellule nerveuse*; par le D^r C. Colucci (n° 2). — Donaggio ayant décrit des canalicules du cytoplasma nerveux et ayant observé leurs rapports avec un halo incolore périnucléaire, qu'il dit n'avoir encore pas été décrit, Colucci rappelle qu'il a décrit dans les *Annales de neurologie*, 1897, et qu'il y est revenu dans les *Annales* de cette année même, précisément dans le travail que nous venons d'analyser. Dans le fascicule suivant, Donaggio réplique en disant qu'il s'agissait de l'embouchure des canaux et non du halo qu'il a d'ailleurs mentionné en 1896.

VI. — *La géographie psychologique du manteau cérébral et la doctrine de Flechsig*; par le professeur L. Bianchi (n° 3). — Exposé critique des théories de Flechsig basées sur ses recherches à propos de la myélinisation des divers territoires du

cerveau. Le professeur Bianchi y oppose ses propres recherches sur le rôle des lobes frontaux. Il pense que l'examen des faits et que l'histoire même de l'évolution du manteau cérébral au point de vue de sa fonction suggère l'idée que le plan architectural, suivant lequel s'est développé le cerveau, a une direction postéro-antérieure. Les lobes frontaux sont non seulement l'organe de la fusion physiologique des perceptions pour la formation des idées, mais encore celui de la fusion physiologique des sentiments élémentaires; ils sont enfin le substratum anatomique de la conscience et, en dernière analyse, les organes directeurs de l'individu dans le milieu social et cosmique. Les idées émises dans cet article ont été exposées plus en détail dans le *Traité de psychiatrie* de l'auteur que nous avons eu l'occasion d'analyser ici même et au Congrès de Madrid.

VII. — *Influence de l'électricité sur le développement des organismes animaux*; par le Dr V. Capriati (n° 3). — L'auteur a étudié les effets de l'électricité statique et faradique sur le têtard et conclut de ses expériences que l'électricité statique agit favorablement sur le développement, pour l'accélérer, tandis que l'électricité faradique agit défavorablement et retarde ce développement. Trois lots de têtards ont été traités, le premier, par l'électricité statique, le deuxième par l'électricité faradique, le troisième a servi de contrôle. Les têtards du premier groupe ont subi l'évolution en grenouilles en vingt-cinq jours; il en a fallu trente-sept, pour que tous ceux du groupe témoin aient évolués et quarante-deux jours pour le groupe faradisé. L'auteur ne donne cette communication qu'à titre préliminaire. Il fait néanmoins ressortir la concordance de ses conclusions avec les résultats fâcheux dus à l'action de l'électricité faradique dans certaines formes d'atrophie musculaire.

VIII. — *La paralysie générale progressive en Sardaigne*; par le Dr G. Sanna-Salāris, directeur de l'asile de Cagliari (n° 3). — Utilisant des conditions d'étude favorables dues au faible développement de la paralysie générale en Sardaigne, l'auteur a essayé de résoudre le problème si discuté de l'étiologie de cette maladie. Il n'a pu toutefois dépister la cause que dans 46,43 p. 100 des cas et a noté l'alcoolisme, seul ou uni à d'autres causes, dans 61,53 p. 100 de ces cas, la syphilis dans 23,07 p. 100, les excès vénériens dans 7,69 p. 100, la prédisposition héréditaire, les émotions, la misère dans 15,38 p. 100. La cause n'a pas d'influence sur la forme du délire. Dans trois cas d'origine syphilitique, il y a eu de longues rémissions. Ce

sont les régions montagneuses de l'île qui ont fourni le plus fort contingent de paralytiques, fait en rapport avec l'alcoolisme plus développé dans ces régions.

IX. — *Idiotie et syndrome de Little*; par le Dr G. Mondio (n° 3). — L'auteur publie sur ce sujet, dans les fascicules III et IV, cinq observations très complètes au point de vue clinique d'idiotie avec troubles spasmo-paralytiques infantiles qu'il englobe, en adoptant la théorie uniciste, sous la dénomination de syndrome de Little. Il estime que l'état mental ou névropathique de la mère, pendant sa grossesse, à une importance considérable au point de vue pathogénique, et que les conditions congénitales l'emportent sur les troubles survenus au moment même de l'accouchement. Le siège anatomique du syndrome de Little étant toujours constitué par une lésion primitive du cerveau, il s'ensuit des troubles concomitants de l'intelligence atteignant fréquemment l'idiotie.

X. — *L'hydromicrocéphalie. Etude anatomo-pathologique*, avec 2 planches; par le Dr Sante de Sanctis (n° 4). — Dans un travail très étendu publié dans les fascicules IV et V, l'auteur décrit, macro- et microscopiquement, le système nerveux central d'une enfant morte à deux mois dans le service du professeur Sciammana. Le sujet avait un crâne de 262 millimètres de circonférence. Les hémisphères cérébraux étaient représentés par une mince lame enveloppant une poche dilatée et pleine de liquide. Il en était de même du cervelet. L'auteur a constaté la présence d'un double aqueduc de Sylvius. De son examen et de la discussion qui le suit, il conclut que le mot d'hydromicrocéphalie doit être réservé pour les cas de microcéphalie dans lesquels l'hydrocéphalie s'est développée postérieurement. La rareté de cette forme justifie l'examen minutieux auquel il s'est livré et les détails dans lesquels il est entré notamment à propos du cervelet qui présentait ici une lésion très rare, identique à celle du cerveau.

XI. — *Rythme naturel dans les muscles volontaires*; par les Drs S. Coop et L. Simonelli, avec 2 planches (n° 4). — De recherches faites à l'aide de l'ergographe de Mosso sur les sujets sains, les auteurs déduisent que si l'on fait contracter un muscle, sans qu'il y ait de rythme commandé artificiellement, mais avec la plus grande fréquence et la plus grande intensité possible, on voit clairement qu'il existe un rythme naturel, que la durée des contractions et des intervalles de repos est constamment égale, qu'à une contraction forte succède une con-

traction plus faible, et que cette alternance se produit avec un rythme constant; qu'il est donc probable que l'énergie rythmique est indépendante de l'énergie contractile.

XII. — *Recherches anatomo-pathologiques dans un cas d'épilepsie avec myoclonie*; par les D^{rs} E. Rossi et P. Gonzales (n° 4). — B. Verga et P. Gonzales ayant publié les observations de trois cas d'épilepsie avec myoclonie, et l'un des sujets étant mort, le présent travail rend compte de l'examen nécropsique. Tout le système nerveux central et périphérique a été examiné. Pour les éléments nerveux du cerveau et du cervelet, c'est aux méthodes de Golgi et de Nissl que les auteurs ont eu recours. Pour les nerfs périphériques, ils ont employé l'acide osmique, le carmin et le picro-carmin. Ils concluent à la dégénérescence de tous les éléments, avec lésions surtout marquées dans les deux zones rolandiques et sur le pied de la troisième frontale à droite et à gauche.

XIII. — *Lésions des cellules nerveuses du cortex dans la folie pellagreuse*; par le D^r A. Grimaldi (n° 5). — Le sujet dont le cerveau a été examiné est un jeune homme de dix-huit ans, entré à l'asile de Miana pour des troubles mentaux d'origine pellagreuse, dus à la consommation du pain de maïs appelé *panicolo*, dont la maladie évolua très rapidement et qui mourut de diarrhée avec convulsions tétaniformes. L'examen du sang avait montré l'hypoglobulie et l'examen bactériologique des exsudats de la peau fit trouver le colibacille. L'examen microscopique porta seulement sur la zone rolandique. Les cellules furent étudiées par les méthodes de Nissl, Heidenheim et Golgi. L'auteur insiste sur l'intérêt qu'il y a à employer simultanément les trois méthodes pour se rendre compte des altérations réelles du noyau et des prolongements.

Les lésions observées étaient très intenses, mais n'avaient rien de spécifique. Elles se rapprochèrent beaucoup de celles observées dans la paralysie générale. L'auteur pense que l'alimentation par le maïs est une cause de pellagre, qui agit par l'introduction dans l'organisme d'un poison formé dans le maïs altéré, par la formation dans les voies digestives de toxines dues aux microbes introduits avec le maïs avarié et par l'exaltation de virulence des microbes habituels de l'intestin. Quant aux troubles psychiques graves des pellagres, ils s'expliquent par les lésions avancées des cellules du cortex.

XIV. — *Contribution à l'étude des altérations du ganglion de Gasser consécutives à la section du nerf lingual*; par le

D^r Lener (n° 5). — Examen du ganglion de Gasser chez trois chiens ayant subi la section du nerf lingual. Durcissement au sublimé, coloration par la méthode de Boccardi.

L'auteur a trouvé dans les trois cas des cellules altérées. Il en a vu dans le voisinage immédiat d'un groupe de cellules non altérées. Les cellules altérées sont ainsi disséminées dans la masse du ganglion et l'auteur ne peut pas encore préciser quelle partie du ganglion est en rapport direct avec le lingual; mais il a vérifié que l'altération porte environ sur 7 à 10 p. 100 des cellules ganglionnaires.

XV. — *Le développement de la cellule nerveuse et les canalicules de Holmgren*; par le D^r O. Fragnito (n° 6). — Dans une courte note, très bien écrite, et s'appuyant sur trois beaux dessins de cellules nerveuses d'embryons de poulet colorés par l'hématoxyline, l'auteur critique les idées de Holmgren sur les canalicules intra-cellulaires. Il pense, contrairement à cet auteur, que ces canalicules ne sont que des espaces entre les neuroblastes primitifs, sans paroi propre, sans abouchement avec l'extérieur. Il croit également qu'on ne peut admettre un rapport de cause à effet entre les canalicules et les masses chromatiques, les corps de Nissl n'étant que le résultat de la condensation des réticules chromatiques des neuroblastes qui ont concouru à former la cellule nerveuse, comme le nucléole représente la condensation du réticule chromatique du neuroblaste devenu noyau.

XVI. — *L'influence du cortex sur les mouvements respiratoires*; par le D^r A. Gianelli (n° 6). — Des recherches sur dix chiens et deux chats ayant subi l'enlèvement de la voûte crânienne, l'auteur conclut que l'excitation électrique de l'écorce cérébrale entraîne constamment des modifications du tracé respiratoire de l'animal en expérience et il localise, avec Unverricht, le centre de ces modifications respiratoires sur la troisième circonvolution externe de Leuret et de Ferrier (deuxième circonvolution primaire de Landois), un peu en dehors du centre cortical de l'orbiculaire. Ce centre peut se déplacer légèrement vers le sillon qui sépare la deuxième circonvolution de Ferrier de la troisième. Quant à la modification de la respiration obtenue par l'excitation de ce point, elle consiste en un ralentissement des mouvements respiratoires. De plus, en excitant les lobes préfrontaux à leur face supérieure, il a obtenu une accélération notable des mouvements respiratoires, l'effet disparaissant par la cocaïnisation de cette région qui ne répond plus dès lors,

même aux courants intenses. Trois planches de graphiques et un schéma du cerveau du chien accompagnent ce travail.

XVII. — *Le chimisme stomacal dans la folie sensorielle, la manie et l'hystérie*; par le D^r P. Galante (n° 6).—Dix observations du premier groupe, sept du second et trois du dernier, ont montré que le type chimique dominant est l'hyperpepsie chlorhydrique, dans la confusion mentale, et l'hypo-pepsie, dans la stupeur. Dans la manie c'est l'hyperpepsie chlororganique et surtout l'hyperpepsie chlorhydrique. Enfin, dans deux cas d'hystérie, l'hyperpepsie chlorhydrique a été également observée, l'autre cas présentant le type chimique chlororganique. Mais il faut noter que le type normal se rencontre assez souvent. Enfin, dans deux cas de vomissements hystériques, le chimisme stomacal était normal.

TH. TATY.

BIBLIOGRAPHIE

Le langage intérieur et les paraphasies (la fonction endophasique); par le D^r G. Saint-Paul, médecin-major de 2^e classe du 66^e régiment d'infanterie, à Tours. 1 vol. in-8° de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1904.

Notre dévoué collaborateur, M. le D^r G. Saint-Paul, était certes des plus qualifiés pour traiter de ce problème si complexe du langage intérieur et de ses troubles. Son premier travail sur ce point de physiologie cérébrale remonte à l'année 1892 : c'était sa thèse de doctorat, ayant pour titre : « Essais sur le langage intérieur »; elle fut très appréciée et mérite d'être citée, même après les travaux de maîtres tels que Gilbert Ballet et V. Egger. Depuis, notre savant confrère, tout en se livrant à des recherches sur les sujets les plus variés, n'a pas cessé de creuser le filon qu'il eut l'heur de rencontrer durant ses années d'études médicales. Sa persévérance devait être récompensée.

C'était l'époque des enquêtes par questionnaires. M. Saint-Paul en provoqua une sur la question du langage intérieur. Les documents qu'il recueillit par ce moyen, ajoutés à ceux que devaient lui fournir l'examen direct et de longues et patientes recherches d'érudition, lui permirent enfin d'écrire cette œuvre d'une incontestable originalité, dont on peut dire que si elle est la dernière contribution à l'étude si difficile et si délicate de la fonction du langage, elle est aussi la plus heureuse.

L'ouvrage est divisé en trois chapitres : le premier traite du mécanisme cérébral et du langage intérieur; le deuxième, de la forme endophasique; le troisième, de l'endophasie dans les états pathologiques et dans les états sub-normaux.

Dans l'état actuel de la science, toutes les explications qu'on donne du mécanisme cérébral présentent quelque chose d'hypothétique; elles n'en ont pas moins leur intérêt, et surtout leur utilité, en permettant de grouper momentanément les faits jusqu'à plus ample informé. Des nombreuses hypo-

thèses créées pour nous rendre compte du jeu si complexe du cerveau, la dernière en date — celle de Flechsig — paraît à M. Saint-Paul la plus plausible. Tout en faisant la part des critiques faites à cette théorie par certains anatomo-physiologistes, tels que Hitzig, Monakow, Pitres, etc., notre auteur la considère, non sans raison, comme suffisamment apte à nous faire connaître le mécanisme intellectuel, surtout en ce qui concerne les phénomènes d'*autoconscience psychique*, ou la *fonction-miroir*, ainsi que ceux de mémoire motrice et de *mémoire verbale*.

Ces données anatomo-physiologiques bien établies, l'auteur passe au sujet de son livre : le langage intérieur. Toute sa thèse se trouve en quelque sorte résumée dans les lignes suivantes, que nous croyons devoir reproduire :

« Quand nous pensons et que nous cherchons à savoir comment nous pensons, souvent même sans que nous le cherchions, il nous arrive de percevoir mentalement les mots de nos pensées. Certains d'entre nous les entendent comme si une voix les disait en eux ; d'autres lisent mentalement comme si les mots étaient écrits devant eux ; il en est beaucoup qui prononcent intérieurement sans faire cependant des mouvements de phonation ; ils pensent avec le mot sur le bout de la langue, sans toutefois être obligés de remuer la langue. Les expressions de parole intérieure, langage intérieur, prêtant à confusion, j'ai désigné en 1892 par le mot *endophasie* la faculté de penser en mots, et appelé *formule endophasique* la forme par laquelle cette faculté se manifeste habituellement chez un sujet : les uns entendent, les autres prononcent, il en est qui lisent les mots de leurs propres pensées (p. 43). »

C'est à l'étude de cette *formule endophasique* qu'est consacré le chapitre deuxième, le plus long de l'ouvrage. Cette « faculté de penser en mots » peut se présenter sous des modalités différentes, ainsi que M. Saint-Paul a pu le constater par les nombreux faits recueillis durant son enquête. Il y a d'abord les types purs, au nombre de trois : 1° les *verbo-auditifs* (type Egger) ; 2° les *verbo-moteurs* (type Stricker) ; 3° les *verbo-visuels* (type Charma ou de Galton). Puis viennent des types complexes, plus répandus que les précédents, qui sont, eux aussi, au nombre de trois : 1° les *auditivo-moteurs*, c'est-à-dire ceux qui s'entendent parler mentalement ; 2° les *visuëlo-moteurs*, qui voient écrits les mots qu'ils prononcent mentalement ;

3° les *auditivo-visuels*, qui entendent les mots de leurs pensées en même temps qu'ils les voient écrits. Il existe enfin deux autres types : 1° le *type équilibré*, dans lequel rentrent certaines personnes chez lesquelles « au moins exceptionnellement, les trois sortes d'images endophasiques (auditives, visuelles et motrices) apparaissent quasi simultanément » ; 2° le *type indifférent*, décrit par Ballet, d'après Charcot, et qui « est réalisé chez les gens qui utilisent, pour le langage intérieur, les images des trois catégories, sans qu'il y ait prédominance de l'une d'elles sur l'autre ».

Chacun de ces types est successivement décrit à l'aide d'observations nombreuses, toutes auto-observations fournies à l'auteur par des savants, des médecins, des philosophes, des publicistes, etc. Toutes ces observations classées avec soin nous prouvent que les types les plus fréquents sont, non pas les types purs, mais les types complexes. Si les premiers, en effet, sont au nombre de 60, les seconds atteignent le chiffre de 142. Cette statistique est des plus intéressantes.

Le troisième et dernier chapitre est consacré à l'étude de l'endophasie dans les états pathologiques et dans les états subnormaux ; il intéresse tout spécialement les médecins aliénistes qui y trouveront, finement analysées, les diverses variétés de paraphasies. Les *Annales médico-psychologiques*, dans le numéro de mars-avril 1902, en ont donné un excellent résumé, dû à la plume même de M. Saint-Paul ; nous ne saurions mieux faire que d'y renvoyer nos lecteurs.

Le volume se termine par une étude des plus curieuses sur ce que l'auteur appelle les états subnormaux. La fonction endophasique est successivement recherchée et décrite dans les rêves, dans les états de distraction cérébrale, dans le sommeil hypnotique, dans l'alcoolisme, dans l'aliénation mentale, etc. La fine et minutieuse analyse de l'auteur s'est exercée sur ces divers points, non sans succès, et les a ainsi éclairés d'un jour nouveau.

Cette rapide analyse montre qu'en qualifiant le livre de M. Saint-Paul d'œuvre originale, nous étions dans la stricte vérité. Originale, en effet, elle l'est par le procédé de recherche employé, par la finesse de l'analyse psychologique, par l'heureux choix des hypothèses. Certains esprits chagrins, sans doute brouillés avec le peu de grec qu'ils savaient, lui reprocheront peut-être l'abus des néologismes ; mais ce défaut — si s'en est un — est peu de chose et n'ôte rien à l'excellence de

l'ouvrage fortement mûri, très travaillé, dont nous avons le devoir de féliciter notre savant collaborateur et de recommander la lecture à tous les médecins qui s'intéressent aux études si passionnantes de la physiologie et de la pathologie du système nerveux.

ANT. RITTI.

La rage expérimentale à virus fixe et ses lésions histologiques ;
par le Dr Charles Ladame. Broch. in-8°. Extrait du *Journal de Neurologie*, 1904, n^{os} 4 et 5.

Pour éclairer sa religion sur la question tant controversée, — et d'importance pratique si considérable, — de l'histologie pathologique de la rage, M. Ch. Ladame a entrepris depuis plusieurs années, dans le laboratoire du professeur Bruno Galli-Valerio, de Berne, une série d'expériences, de vérification et de contrôle, dont il publie aujourd'hui les résultats.

M. Ch. Ladame a fait porter son examen sur vingt-huit cas de rage expérimentale, qu'il a provoqués par l'inoculation de « virus fixe », suivant trois modes différents : injection intracérébrale, subdurale, nasale. Il a d'ailleurs varié diversement le dispositif de son expérimentation, en ayant soin de se maintenir constamment dans les conditions du déterminisme le plus rigoureux. Il a pu s'assurer ainsi que le désaccord entre les auteurs qui ont traité avant lui de cette question est plus apparent que réel et l'opposition moins irréductible qu'on veut le croire. « La contradiction n'existe pas dans les faits, mais dans leur interprétation. »

Babès, le premier, décrit le *nodule* rabique dans le bulbe du chien : et il le considère comme caractéristique de la rage. Van Gehuchten et Nélis, un peu plus tard, découvrent le même tubercule dans les ganglions : et ils le donnent comme la lésion typique de cette affection. Pour M. Ch. Ladame, l'une et l'autre de ces constatations est exacte ; les conclusions qu'on en tire, seules, sont erronées.

Au cours de ses examens, en effet, M. Ch. Ladame a retrouvé dans le bulbe le nodule de Babès et aussi les lésions sensiblement analogues décrites par Van Gehuchten et Nélis dans les ganglions ; mais il s'est convaincu *de visu* que ces altérations, d'ailleurs inconstantes, étaient variables et comme localisation et comme intensité. Bien plus, — confirmant sur ce point les recherches de J. Crocq, — il a retrouvé ces mêmes lésions en dehors de l'affection rabique chez des lapins morts

après injection de bile normale. Si bien qu'à l'encontre et de Babès et de Van Gehuchten, il ne saurait croire, lui non plus, à leur spécificité.

Nous ne pouvons évidemment suivre ici M. Ch. Ladame dans le détail des expériences sur lesquelles il appuie son opinion : il nous suffira de dire qu'elles paraissent avoir été conduites avec beaucoup de rigueur et avec soin. Par contre, nous reproduirons intégralement les conclusions, d'ailleurs très explicites, de son mémoire :

1° La rage expérimentale à virus fixe ne produit pas de lésions spécifiques ;

2° Les altérations vasculaires et cellulaires du système nerveux, occasionnées par la rage expérimentale, sont des lésions banales et habituelles de l'inflammation ;

3° Le *nodule* rabique du ganglion est une manifestation particulière de l'inflammation de cet organe, due à une structure particulière dudit organe. Il se rencontre dans d'autres maladies que la rage : dans le croup, chez le chat reséqué de son nerf pneumogastrique, chez le lapin intoxiqué par la bile ;

4° La localisation pas plus que l'intensité des lésions de la rage des laboratoires ne permettent de faire le diagnostic *post mortem* de la rage ;

5° L'anatomie pathologique de la rage due au virus fixe est l'ensemble de toutes les lésions des enveloppes et de la substance cérébrale, des altérations tant interstitielles que parenchymateuses que l'on rencontre dans tout le névraxe ;

6° Le mode d'introduction du virus fixe dans l'organisme ne paraît pas avoir d'importance pour l'intensité et la localisation des lésions rabiques ;

7° Le bulbe olfactif du côté inoculé est plus affecté que son congénère ; à cela près, l'infection nasale n'a pas de prédilection dans sa localisation ;

8° Les lésions visibles, en somme minimales, de la rage expérimentale, doivent être attribuées au fait que l'animal meurt siéant avant que les altérations aient eu le temps d'évoluer ;

9° Une large part doit être faite à la résistance individuelle de l'animal dans la variabilité d'intensité des lésions rabiques.

GEORGES VERNET.

Ulteriori ricerche sulla dieta ipoclorurata nella cura bromica della epilessia (Nouvelles recherches sur la diète hypochlorurée dans le traitement de l'épilepsie par les bromures); par les D^{rs} L. Cappellati et A. d'Ormea. Broch. in-8°. Foligno, 1903.

C'est un travail très intéressant sur l'action thérapeutique de la diète hypochlorurée dans l'épilepsie. Il paraît assez démonstratif, parce que les observations ont été prolongées pendant dix-huit mois et parce que les résultats sont représentés par des courbes. Avec l'épilepsie on ne saurait trop s'entourer de précautions avant de conclure à l'action d'un médicament, le débit des accès étant sujet à des variations parfois énormes dont nous ne connaissons que peu les causes. Voici les conclusions dignes d'être contrôlées :

« 1° La diète déchlorurée, associée à l'administration du bromure, a une action favorable, sûre et intense sur le nombre, l'intensité et la durée des accès convulsifs, qui peuvent même disparaître. Durant le traitement la dose de bromure peut être réduite extrêmement ;

« 2° Les effets du régime déchloruré ne se maintiennent pas indéfiniment après le retour au régime ordinaire, mais ils persistent pendant assez de temps pour permettre des reprises périodiques de ce dernier régime ;

« 3° La diète semichlorurée a aussi des avantages, mais très inférieurs, et ne peut par conséquent constituer la méthode fondamentale de cure ; mais on peut l'employer utilement pour éviter les brusques passages au régime ordinaire et pour prolonger sans ennui pour le malade l'action combinée du bromure et de l'hypochloruration ;

« 4° La diète déchlorurée, surtout si elle est interrompue périodiquement, n'a pas d'inconvénients et peut être employée sans crainte dans la majorité des cas. »

PH. CHASLIN.

Guida all'esame antropologico del deficiente (Guide pour l'examen anthropologique du dégénéré); par le D^r B. G. Salvatico Estense. Broch. in-8°. G. B. Paravia e comp., Torino, 1903.

C'est un petit guide très élémentaire pour l'examen somatique des idiots, épileptiques, fous, fous moraux, etc., destiné à

éclairer les personnes étrangères à la médecine. Il sera utile à la condition de se rappeler une chose indispensable : les signes de dégénérescence ne doivent jamais servir à établir seuls l'existence d'une anomalie ou d'une affection mentale. Leur valeur, même en présence de cette anomalie ou de cette affection directement constatée, passe tout à fait au second plan. Il aurait été bon d'insister fortement là dessus surtout dans une petite brochure de vulgarisation. Il est vrai qu'en Italie on abuse de cette nouvelle phrénologie qu'est la dégénérescence somatique, suivant l'expression heureuse de R. Sommer.

PH. CHASLIN.

Das Vorkommen und die Bedeutung des Cholins in der Cerebrospinalflüssigkeit bei Epilepsie und organischen Erkrankungen des Nervensystems, nebst weiteren Beiträgen zur Chemie derselben (De la présence et de la signification de la choline dans le liquide cérébro-spinal dans l'épilepsie et les maladies du système nerveux, avec des considérations sur la chimie de ces dernières) ; par le Dr Julius Donath. Broch. in-8°. Extrait de la *Hoppe-Seyler's Zeitschr. f. physiol. Chemie*, t. XXXIX.

Cette brochure constitue une contribution à la théorie toxique de l'épilepsie. Pour l'auteur il faut deux choses pour produire l'épilepsie, d'abord une excitabilité exagérée de l'écorce cérébrale, puis un poison. Ce poison serait la choline, car il existe dans le liquide cérébro-spinal des épileptiques et, injecté aux animaux, il provoque des convulsions. L'auteur, par un procédé spécial, a recherché systématiquement la choline dans le liquide de 65 malades atteints d'affections diverses du système nerveux ; il en a trouvé *presque* constamment, sauf dans 2 cas d'hystérie, 1 de coccydynie et 1 de sclérose multiple.

L'auteur injecta de la choline directement dans l'écorce cérébrale d'animaux et il obtint des convulsions toniques et cloniques très intenses, suivies souvent de parésies. Il conclut que l'épilepsie est produite par la choline, à condition que l'écorce soit préalablement rendue plus excitable par des processus hyperémiques, inflammatoires chroniques ou dégénératifs.

PH. CHASLIN.

Some observations upon blood pressure in the insane (Observations sur la pression sanguine chez les aliénés); par le D^r Rush Dunton jr. Broch. in-8°. Extrait de l'*Assoc. méd. psych. américaine*. Washington, 1903.

Ces observations ont été faites avec l'appareil de Riva Rocci et en suivant une technique dont l'auteur signale très en détail les avantages et les inconvénients. Le but était de contrôler chez des malades atteints d'affections mentales diverses les recherches faites par les autres auteurs sur les rapports de la pression sanguine avec l'état de calme ou d'agitation, les fonctions mentales ainsi que le pouls, l'état de la peau, etc.

Malgré le nombre des causes qui influent sur la pression sanguine, et d'une façon générale, les conclusions suivantes peuvent être posées :

Conformément aux observations déjà faites, la pression sanguine est accrue dans les états dépressifs, diminuée dans les états d'agitation, et l'état des fonctions motrices a plus d'influence sur elle que l'état mental.

L'état de moiteur de la peau n'a pas d'influence, la transpiration active seule modifie la pression sanguine.

La variation diurne selon l'heure n'a pas d'existence constante, quoique en aient pensé Schæffer et divers auteurs.

D^r V. PARANT FILS.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Une tentative d'analyse psychologique des travaux manuels des aliénés par N. Toporkof, de l'hospice de l'arrondissement de Kazan. 11 pages, in-8°. Extrait de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, juillet-août 1904.

— La questione del genio ed Emilio Zola. Abbozzo di una teoria fisiologica del genio; par Ettore Patini. 48 pages, in-8°. Napoli, Luigi Pierro e figlio, 1904.

— Studien über motorische Apraxie und ihr nahestehende Erscheinungen; ihre Bedeutung in der Symptomatologie psychopathischer Symptomenkomplexe; par le D^r Arnold Pick, professeur à l'Université allemande de Prague. 129 pages, in-8° avec 2 gravures dans le texte. Leipzig et Vienne, Franz Deuticke, 1905.

— State of New-York. State Commission in Lunacy four-

teenth annual report. October 1, 1901, to september 30, 1902. 1 vol. in-8° de 1091 pages cartonné à l'anglaise. Albany, the Argus company, printers, 1903.

— In causa di nullità del matrimonio per allegata impotenza sessuale del marito. Perizia medica; par le prof. Enrico Morselli, de Gênes. 96 pages, in-4°. Naples. Typ. Michele d'Auria, 1902.

— The presidential address, on Paranoia, delivered at the sixty third annual meeting of the medico-psychological association, held in London on july 2 nd and 22 nd, 1904; par le D^r R. Percy Smith. 26 pages, in-8°. Extrait du *Journal of mental science*, octobre 1904.

— Nouvelles recherches chimiques sur l'épilepsie; par le D^r Paul Masoin, médecin à la colonie de Gheel. 144 pages in-8° avec planches. Bruxelles, Hayez, imprimeur del'Académie royale de Belgique, 1904.

— Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie; par les D^{rs} Mendel et Jacobsohn. Septième année, deuxième partie. 1 vol. in-8° de 644 pages. Berlin, S. Karger, 1904.

— Ricerche sul recambio materiale nei dementi precoci. Seconda nota. Ricerche urologiche (fosfati, solfati, cloruri, urea, acido urico); par les D^{rs} Antonio d'Ormea et Ferdinando Maggiotto. 28 pages, in-8°. Extrait du *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*. Ferrara, 1904.

— Fréquence de la coexistence, chez les syphilitiques, des aortites avec le tabes et la paralysie générale; par le D^r Henri Guilly. 112 pages, in-8°. Paris, Vigot frères, 1902.

— State of New-York. State Commission in Lunacy. Fifteenth annual report. October 1, 1902, to september 30, 1903. 1 vol. in-8° de 1011 pages, cartonné à l'anglaise, avec planches. Albany, Oliver A. Quayle, 1905.

— Evangelische Heilanstalt « Sonnenhalde » für weibl. Gemüthsranke bei Riehen. Vierter Jahresbericht (1 September 1903 bis 31 August 1904). 22 pages, in-12. Bâle, 1904.

— Los accidentes histéricos y las sugestiones terapéuticas; par le D^r José Ingegnieros. 1^{er} vol. des *Estudios de patología nerviosa y mental*. 1 vol. in-8°, de 371 pages, avec figures. Buenos-Aires, J. Menendez, 1904.

— III^e Congrès national d'Assistance publique et de Bien-faisance privée (Bordeaux, 1^{er} au 7 juin 1903). Comptes rendus publiés par les D^{rs} E. Régis et G. Buard. Tome III. Travaux des Sections. 1 vol. in-8° de 377 pages. Bordeaux. Imprimerie G. Gounouilhou, 1904.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés d'octobre 1904 : M. le D^r MAUPATÉ, médecin-directeur de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne), est nommé médecin-directeur de l'asile de La Charité (Nièvre) ;

M. le D^r BROQUÈRE, médecin-directeur de l'asile de Laroche-gandon (Mayenne), est nommé médecin-directeur de l'asile de Naugeat ;

M. le D^r PAIN, médecin-adjoint de l'asile de Laroche-gandon, est nommé directeur-médecin du même établissement ;

M. le D^r NOLÉ, médecin-directeur de l'asile de Saint-Alban (Lozère), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8.000 fr.) ;

MM. les D^{rs} COLIN, médecin en chef des asiles de la Seine, et VIALON, médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône), sont promus à la 2^e classe de leur grade (6.000 fr.) ;

M. le D^r LÉPINE, médecin-adjoint de l'asile de Pau, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bron (Rhône) ;

—*Arrêtés de novembre 1904* : M. le D^r CORNU, déclaré admissible au concours d'adjuvat (juin 1904), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Pau (Basses-Pyrénées) ;

M. le D^r VERNET, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8.000 fr.) ;

M. le D^r LWOFF, médecin-directeur de l'asile de Moisselles, est nommé médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche (Seine), en remplacement de M. le D^r TAGUET, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé médecin en chef honoraire ;

M. le D^r TRENEL, médecin en chef de la colonie familiale d'Ainay-le-Château, est nommé directeur-médecin de l'asile de Moisselles ;

M. le D^r BONNET, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère), est nommé médecin en chef de la colonie familiale d'Ainay-le-Château ;

M. le D^r CAPGRAS, médecin-adjoint de l'asile de Dury-lès-Amiens (Somme), est nommé médecin-adjoint de la Colonie de Dun-sur-Auron ;

M. le D^r DUPAIN, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, est promu à la 1^{re} classe de son grade (7.000 fr.) ;

M. le D^r DEZWARTÉ, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Laroche-gandon (Mayenne), en remplacement de M. PAIN, nommé médecin-directeur.

— Arrêté du 8 décembre 1904 : M. le D^r ANTHEAUME, médecin suppléant de la Maison nationale de Charenton, est nommé médecin en chef du même établissement en remplacement de M. le D^r CHRISTIAN, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé médecin en chef honoraire.

NÉCROLOGIE

D^r BÉCOULET. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort du D^r Bécoulet, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, membre correspondant de la Société médico-psychologique, décédé, il y a quelques mois, dans sa soixante-sixième année.

Bécoulet, Auguste-Stanislas, né à Gray (Haute-Saône), le 27 octobre 1838, est mort à Dôle, le 3 juin 1904. Etudiant en médecine à Strasbourg, il avait débuté dans le service des asiles comme interne à l'asile de Bailleul. C'est là, dans le service de Broc, qu'il recueillit les observations originales utilisées par lui dans sa thèse inaugurale intitulée : « Quelques considérations sur l'emploi de l'opium dans la manie, » thèse qu'il soutint à Strasbourg en 1866. La même année, il était nommé médecin-adjoint à l'asile d'Auxerre. En mars 1869, il publia dans les *Annales médico-psychologiques* un travail sur l'emploi du bromure de potassium dans la folie épileptique, travail basé sur des observations originales. Au mois d'août 1870, il était nommé médecin en chef du service des hommes à l'asile de Maréville, en remplacement de Broc, son ancien chef de service, mais il ne put prendre immédiatement possession de son nouveau poste. La Lorraine était envahie; il ne put traverser les lignes allemandes et il prit du service pendant la guerre dans les ambulances d'Auxonne. Il arriva à Maréville dès que les communications furent rétablies, après la guerre. Il publia en novembre 1872, en collaboration, dans les *Annales médico-psychologiques*, une note sur le cysticerque du cerveau avec observation curieuse recueillie dans son service. Il publia ensuite plusieurs articles dans la *Revue médicale de l'Est*, notamment un travail sur la lypémanie et la stupidité.

Le 23 février 1874, il fut nommé, par arrêté ministériel, directeur-médecin de l'asile de Dôle et peu de temps après, il entreprit la reconstruction du vieil asile de Dôle. Les nouvelles constructions s'élevèrent sur le domaine de Saint-Ylie, situé à 3 kilomètres de Dôle et acheté en 1873. Les travaux entrepris

ne l'empêchaient pas de s'occuper de travaux scientifiques, et, en janvier 1882, il publiait dans les *Annales médico-psychologiques* une étude sur le *no-restraint*. Dans la séance du 27 février 1882, il fut élu membre correspondant de la Société médico-psychologique.

M. Moreau (de Tours), rapporteur, après avoir exposé l'œuvre de Bécoulet, s'exprimait ainsi : « Il me paraît superflu, « messieurs, d'insister plus longuement sur les nombreux « titres que notre confrère présente à l'appui de sa candida- « ture, et c'est avec un véritable étonnement que nous avons « appris qu'il ne faisait pas partie des nôtres. »

Par décret en date du 7 juin 1884, il fut nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Des infirmités le contraignirent de prendre sa retraite avant qu'il n'eût terminé son œuvre à l'asile de Dôle. Sa mise à la retraite date du 30 novembre 1893. Les hommes avaient été transférés de l'asile de Dôle au nouvel asile; mais les femmes ne le furent qu'en 1895.

J'ai personnellement beaucoup connu Bécoulet, et nos relations amicales dataient de l'époque où il vint comme médecin en chef à Maréville. Je voyais alors avec quelle exactitude et quelle conscience il faisait son service. C'était en même temps le plus aimable des confrères, avec lequel on travaillait agréablement et qui savait être un joyeux compagnon. Jamais il ne s'est départi de cette affabilité. Quand il quitta Auxerre, il y laissa de bons amis qui se souvenaient toujours de lui. Je me rappelle les bons moments passés avec Bécoulet quand il vint à Rouen, au cours d'un voyage d'études, avec M. l'architecte Ruffier, et quand j'allai le voir à Dôle. Ses infirmités ne modifièrent pas son caractère. Ceux qui l'ont connu dans les derniers temps de sa vie ont conservé le même souvenir de lui. Plein d'humour et de philosophie, il aimait recevoir ses jeunes confrères et leur faisait le plus aimable accueil. Dans les dernières années il ne pouvait plus sortir que dans une petite voiture et il se faisait traîner souvent jusqu'à Saint-Ylie où son asile l'attirait toujours.

Ses obsèques dont nous lisons le compte rendu dans *L'Avenir du Jura*, ont eu lieu au milieu d'une affluence considérable. Au cimetière, M. le Dr Bierry, directeur administratif de l'asile Saint-Ylie a prononcé quelques paroles sur la tombe de celui qui fonda l'établissement.

Il a fait ressortir le dévouement aux intérêts de Dôle et surtout la bienveillance pour les déshérités qui étaient comme le fond du caractère du Dr Bécoulet. En termes émus, il a adressé un adieu confraternel au médecin qui n'eut jamais d'autre souci que de remplir avec son cœur sa noble mission.

Le D^r Billon, ancien interne et ami de Bécoulet, a voulu lui rendre un dernier hommage et s'est exprimé en ces termes :

« Comme ancien collaborateur du D^r Bécoulet, qui, après avoir été mon chef et mon premier maître en médecine mentale, voulut bien depuis lors, pendant plus de vingt ans, m'appeler son ami, je veux apporter au bord de cette tombe un dernier hommage de respectueuse admiration à celui qui, tout en vouant sa vie aux plus déshérités des malades, pratiqua si bien le culte de l'amitié.

« On vient de vous rappeler avec éloquence la tâche écrasante qui fut le but et la raison d'être de son existence, ce vaste et superbe asile de Saint-Ylie dont il dota la région sans demander un centime aux contribuables, avec la précieuse collaboration de celui qui l'a précédé de quelques mois à peine dans cet enclos du dernier sommeil.

« Pour moi qui fus son modeste compagnon dans les années les plus enfiévrées de sa vie de travail, au milieu de cette geôle des Carmes privée d'air et de lumière, j'ai pu comprendre la grandeur de la tâche à laquelle il s'était voué, en digne successeur du maître Pinel : donner un peu de joie de vivre, — du soleil, — aux malheureux dont la raison a sombré sur les écueils de la vie, tristes épaves échouées dans ces refuges du désespoir et de la souffrance, mais aussi de la pitié et du dévouement.

« Médecin et consolateur, le D^r Bécoulet le fut au plus haut degré, car il possédait cette philosophie souriante et résignée qui est l'apanage du vrai médecin et qui, dans ses derniers jours, lui fit envisager la mort avec sérénité.

« Au sens antique du mot, il a bien rempli sa carrière, et mérité que les hommes gardent son souvenir.

« Dans une vallée du Péloponèse, au bord de la route qui conduit à Lacédémone, on montre au voyageur une pierre sur laquelle était gravée cette inscription que les Latins nous ont traduite ainsi : *Sta, viator, heroem calcas*.

« A l'exemple des anciens, je voudrais que sur la tombe du D^r Bécoulet, fussent gravés ces mots : Arrête, passant, ici repose un homme de bien. » — A. GIRAUD.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle, le mardi 13 décembre 1904, sous la présidence de M. Colin.

Parmi les nombreux prix distribués, nous relevons les suivants décernés à des travaux de pathologie mentale et nerveuse :

PRIX BAILLARGER. — 2.000 francs. — Ce prix, destiné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies

mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés, est décerné à M. le D^r PAUL SÉRIEUX, de Ville-Evrard pour une série de mémoires ayant trait à la thérapeutique des maladies mentales et à l'organisation des asiles d'aliénés.

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. — Question : *Du rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale*. Deux mémoires ont été présentés.

Le prix est décerné à M. le D^r MARCHAND, de Blois.

Une mention très honorable est attribuée à M. le D^r JACQUEMART, de Paris.

PRIX FALRET. — 700 francs. — Question : *La neurasthénie; pathogénie et traitement*. Quatre mémoires ont été présentés.

Le prix n'est pas décerné, mais l'Académie accorde une mention très honorable à M. le D^r MAURICE DE FLEURY, de Paris.

PRIX ERNEST GODARD. — 1.000 francs. — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Le prix est décerné à M. le D^r A. RAFFRAY, de Curepipe, île Maurice : *Les déséquilibrés du système nerveux*.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3.000 francs. — Douze mémoires ont été envoyés.

Le prix est décerné à MM. les D^{rs} P.-E. LAUNOIS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et PIERRE ROY, de Paris : *Etudes biologiques sur les géants*.

L'Académie accorde en outre des mentions très honorables : 1^o à M. le D^r MAURICE DE FLEURY, de Paris : *Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux*. — *Les grands symptômes neurasthéniques*; 2^o à M. le D^r H. NIMIER, professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce : *Blessures du crâne et de l'encéphale par coup de feu*; 3^o à M. le D^r MUSKENS, d'Amsterdam : *Étude sur les troubles de la sensibilité de douleur de type radiculaire chez les tabétiques et les épileptiques et leur valeur pratique dans le traitement du mal comitial*.

PRIX HENRI LORQUET. — 300 francs. — Cinq mémoires ont été envoyés.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : Une mention honorable avec encouragement de 300 francs à M. le D^r HENRI CARRIER, de Lyon : *La cellule nerveuse normale et pathologique*; une mention honorable à M. le D^r HENRI DAMAYE, interne à l'asile de Vaucluse : *Essai de diagnostic entre les états de débilité mentale*.

PRIX ALDOLPHE MOMBINNE. — 1.500 francs.

L'Académie décerne le prix à MM. les D^{rs} H. COLIN et F. PACTET, de Villejuif, pour accomplir une mission dont ils ont été chargés par le ministre de l'Intérieur, ayant pour but de

rechercher dans les maisons centrales, les prisons et les maisons de correction les aliénés dont l'état mental a été méconnu au moment de leur procès et qui ont été condamnés et ceux qui le sont devenus au cours de l'accomplissement de leur peine.

Dans la même séance l'Académie a fait connaître les prix proposés pour les années 1905, 1906, et 1907. Les *Annales* ont déjà publié les questions relatives à la pathologie mentale et nerveuse pour les deux premières années (V. les numéros de mars 1903, p. 340, et de janvier 1904, p. 162); voici celles proposées pour 1907 :

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs (annuel). — Question : *La syphilis spinale*.

PRIX FALRET. — 700 francs (biennal). — Question : *De l'état mental des dipsomanes*.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3.000 francs (annuel). — Au meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

PRIX HENRI LORQUET. — 300 francs (annuel). — Au meilleur travail sur les maladies mentales.

NOTA. — Les concours de l'Académie sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin; ils seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le même ouvrage ne pourra être présenté la même année à deux concours de l'Académie de médecine.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

1. *Pour éviter l'enfer*. — Sous ce titre, *Le Petit Journal* publie, dans son numéro du mardi 5 juillet 1904, le fait divers suivant :

Une rentière, M^{me} Seyler, âgée de cinquante-cinq ans, demeurant 49, rue des Messiers, à Montreuil-sous-Bois, était hantée de la peur de l'enfer.

A différentes reprises elle avait dit à ses voisins :

— J'ai beau faire et m'efforcer de mener une vie exemplaire, j'en ai la conviction, j'irai en enfer, à moins que je ne purifie mon corps par le feu.

Dans la matinée d'hier, une voisine l'entendit crier :

— Voilà le diable qui vient me prendre, il faut que je me purifie.

Habituées à ces crises, les personnes de son entourage ne prêtèrent d'abord aucune attention à ses cris.

Bientôt pourtant les voisins s'émurent en voyant une épaisse fumée qui s'échappait de l'appartement de la rentière.

Ils enfoncèrent la porte et dans la cuisine trouvèrent M^{me} Seyler étendue complètement nue sur son poêle chauffé à blanc.

La malheureuse avait déjà une partie du corps complètement grillée.

Elle eut cependant encore la force, quand on voulut l'arracher à son supplice, de protester.

— Laissez-moi, disait-elle, je me purifie.

Un médecin appelé aussitôt lui prodigua ses soins et ordonna son transport immédiat à l'hôpital Saint-Antoine.

L'état de la rentière laisse peu d'espoir de la sauver.

2. *Suicide*. — Un charretier nommé C..., âgé de quarante-six ans, demeurant rue Théodore-Lebreton, a été trouvé pendu dans son grenier.

Le malheureux, qui ne jouissait pas de toutes ses facultés mentales, laisse une veuve et quatre enfants. (*Le Petit Journal*, numéro du mardi 5 juillet 1904.)

3. *Triple homicide*. — On télégraphie de Pallanza (Italie) au *Petit Parisien* (numéro du mercredi 14 septembre 1904) :

Un pauvre fou, nommé Frédéric Zanali, âgé de trente ans, qui habitait avec ses parents, à Falmenta, a tué son père, sa mère et sa sœur dans des circonstances terrifiantes.

Durant la nuit d'avant-hier, se trouvaient réunis dans la cabane des Zanali, qui sont pâtres, le père et la mère du fou, sa sœur, son beau-frère et un oncle. Vers minuit, Frédéric qui était particulièrement agité depuis quelques jours, se leva, alluma une chandelle de suif et alla réveiller sa sœur qui dormait.

Tout à coup, des cris terribles retentirent ; le fou avait saisi la jeune femme à la gorge et l'étranglait. Les parents sautèrent hors du lit, mais Frédéric avait eu le temps de s'emparer d'une faux ; il frappa à la tête sa sœur, dont la cervelle jaillit sur les murs.

Epouvantés, les parents voulurent s'enfuir, mais le fou se plaça devant l'unique porte de la chaumière et commença à frapper au hasard autour de lui. Il atteignit sa mère à la poitrine, la mort fut instantanée.

Le père, le corps labouré d'entailles profondes, se réfugia sous un lit ; les autres parents du fou qui assistaient à cette épouvantable tuerie le virent bientôt se diriger vers eux, il frappa à la jambe son beau-frère et son oncle.

Ce dernier enfin réussit à se jeter sur lui et à le terrasser, mais après l'avoir frappé à coups de poing au visage pour l'assommer, il prenait la fuite.

Lorsque, le lendemain, les carabiniers de Pallanza arrivèrent, ils trouvèrent Frédéric Zanali couché dans une mare de sang auprès du corps de son père et de sa mère. On le crut mort, mais à peine était-il sur le brancard qui devait le transporter qu'il s'échappait. Il avait dormi sur le sol auprès des cadavres de ses parents.

Les carabiniers l'ont conduit à l'asile d'aliénés de Novare.

4. *La naïade de la cascade.* — Les quelques rares promeneurs qui se trouvaient hier matin aux environs de la cascade du bois de Boulogne virent, non sans quelque stupéfaction, une femme, de mise très élégante, se dévêtir et jeter successivement tous ses effets dans la vasque, jusques et y compris sa chemise. Deux gardiens de la paix, respectueux du code de la pudeur, intervinrent et voulurent faire à la matinale baigneuse quelques remontrances.

« — Je suis la naïade de la Cascade, riposta, très digne, leur interlocutrice. Il y a plusieurs jours, mon mari a mis le feu à mes vêtements. Mais les flammes n'ont pas de prise sur moi. A la fin, pourtant, j'étais incommodée par la chaleur. C'est pour cela que je plonge mes effets dans l'eau et que je vais me baigner moi-même. »

La pauvre folle, M^{me} Louise Auriot, vingt-quatre ans, demeurant rue des Ternes, a été dirigée sur une maison de santé. (*Le Matin*, numéro du dimanche 9 octobre 1904.)

5. *Suicide.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du mardi 11 octobre 1904) :

M^{me} Delavisse, rentière, demeurant 6, rue Bayen, chantait tous les jours :

Anges purs, anges radieux...

Portez mon âme au sein des cieux !

et nul de ses voisins ne se doutait que cette innocente manie-pût avoir un jour de graves conséquences. Certains d'entre eux avaient pourtant remarqué, en plusieurs circonstances, que la vieille dame était quelque peu excentrique.

Hier matin, elle fut prise d'une véritable crise de folie. Après avoir répété son refrain favori, elle se jeta tout à coup à genoux devant sa fenêtre, s'écriant :

« — Les voici, je les vois, les anges, les célestes envoyés de Dieu ! Ils viennent me chercher... O messagers du ciel, emmenez-moi sur vos ailes, je vous suis ! »

Et, se levant, elle enjamba l'appui de la croisée, voulant s'élancer vers les anges qui lui tendaient les bras.

La malheureuse femme vint s'abattre sur le pavé de la rue et se fracassa le crâne. On la transporta à l'hôpital Beaujon.

Elle y est morte dans l'après midi, sans avoir repris connaissance.

6. *Excentricités*. — Une pauvre femme de quarante-deux ans, que l'on croit être une nommée Elise C..., parcourait, hier, la rue de Paris, à Pantin, enveloppée dans un drap de lit et en se livrant à mille excentricités.

M. Jublin, commissaire de police, l'a fait conduire à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du vendredi 14 octobre 1904.)

7. *Tentative d'homicide*. — On lit dans *Le Matin* (numéro du samedi 15 octobre 1904) :

Paulin Behalle, mécanicien, avait contracté la funeste habitude de boire. C'était, disait-il, « pour se donner du cœur au travail ». Or, quand il avait bu, il devenait méchant. A force de battre le fer sortant du brasier de la forge il avait gardé dans les yeux de rouges visions. A la longue, la folie avait éclaté dans sa pauvre cervelle ravagée par l'alcool.

Hier matin, M^{me} Behalle venait de servir le déjeuner. Le mécanicien, qui se sentait souffrant, n'était pas allé à son travail. Il se tenait, sombre et silencieux, près de la fenêtre. Il consentit cependant à prendre place à table.

« — Mais, qu'as-tu donc, ce matin ? interrogea sa femme. Tu ne parles ni ne manges.

« — Tais-toi, ne me cherche pas querelle », riposta d'un ton farouche l'alcoolique.

La ménagère insista. Soudain, pris de démence furieuse, Behalle se leva et, renversant dans une poussée furieuse ce qui se trouvait devant lui, les yeux hagards, la bouche écumante, il s'écria :

« — Misérables ! vous voulez tous m'empoisonner. Je le sais, mais je vais te faire ton affaire, à toi, d'abord. Je réglerai ensuite le compte des autres ! » Et, sortant un revolver de sa poche, il le déchargea sur sa femme, qui tomba atteinte de deux balles dans le dos.

A ses cris, des voisins accoururent. Il ne fallut pas moins de six personnes pour maîtriser le forcené.

Mené au commissariat de police, Behalle a répondu à M. Bordes que sa femme avait signé avec les puissances infernales un traité aux termes duquel elle s'engageait à le tuer, pour donner ensuite son cadavre en pâture aux démons.

Il a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

8. *Excentricités*. — On lit dans *Le Matin* (numéro du dimanche 16 octobre 1904) :

Rue de la Roquette, hier matin, de nombreuses personnes se tenaient rangées sur les trottoirs, dans une attitude respectueuse et émue, attendant le convoi du général de La Pomme-

raye. Bientôt le cortège parut; les soldats d'abord, l'arme basse, encadrant le corbillard, et la suite brillante des officiers généraux en grande tenue. Soudain, un homme sortit de la foule et, levant son chapeau, d'une voix puissante il cria : « Vive l'armée! A bas tout le reste! » Puis il entonna le *Chant du Départ*. En même temps, il agitait les bras, bondissait et se livrait à toutes sortes de mouvements désordonnés, dans l'intention, sans doute, de mieux manifester son opinion.

Cependant, des agents s'étaient approchés de lui pour lui faire observer qu'en pareille circonstance le calme et le silence eussent été plus décents. Mais l'individu, pris de fureur, se retourna et fonda sur eux, tête baissée. On se rendit maître de lui. Le malheureux venait d'être subitement frappé de folie. C'est un nommé Albert Roland, âgé de trente-deux ans, demeurant 120, boulevard Voltaire.

M. Bordes, commissaire de police, l'a envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

9. *Tentative de parricide*. — M. Auguste Basse, fils d'un commerçant de la rue des Immeubles-Industriels, avait été atteint, il y a quelques années, à la suite d'une grande peine, d'une affection cérébrale pour laquelle il avait été interné. Après un traitement de plusieurs mois, il revint dans sa famille. Il paraissait à peu près guéri et ses parents pensaient que leur affectueuse sollicitude amènerait la cure. Depuis lors, mélancolique et doux, M. Basse vivait parmi eux.

Il y a quelques jours, on remarqua qu'il devenait plus sombre. Sa mère qui, attentive, le veillait incessamment, s'effrayait de voir par instants son fils lever sur elle des yeux inquiets.

Hier, comme il avait refusé de prendre la moindre nourriture, M^{me} Basse lui en demanda avec douceur la raison. Sans répondre, son fils se leva brusquement. Il avait la face convulsée, les yeux hagards, la bouche crispée.

« — J'étouffe, dit-il. Tu me refuses l'air et la lumière qui me sont nécessaires. Je veux respirer, je veux vivre, je veux du soleil comme tout le monde, et l'on me tient prisonnier dans la nuit, dans le froid, dans l'épouvante! »

La mère, désolée, les mains jointes, sanglotante, suppliait son fils de s'apaiser; mais le fou, s'emparant soudain d'un couteau, s'élança sur la pauvre femme. Des voisins, attirés par les cris, réussirent, après une lutte assez vive, à maîtriser le malheureux.

M^{me} Basse a été blessée, mais peu grièvement, au visage et aux mains.

Son fils a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Matin*, numéro du mardi 18 octobre 1904.)

10. *Suicide*. — On télégraphie de Versailles au *Matin* (numéro du dimanche 23 octobre 1904) :

M. Raulais, cultivateur, se promenait hier aux environs de Versailles, lorsque, dans une mare, près de Fontenay-le-Fleury, il découvrit le cadavre d'une vieille femme, dont l'identité fut vite établie. C'était une nommée Armande Schohier, âgée de soixante-dix ans, rentière, demeurant à Saint-Cyr-l'Ecole, et qui ne jouissait pas de toutes ses facultés.

11. *Suicide*. — On écrit de la Suze au journal *La Sarthe* (numéro du jeudi 27 octobre 1904) :

« Cette nuit vers une heure du matin, le nommé Frolesquil, âgé de quarante-trois ans, ouvrier à la tannerie Levenn, s'est jeté dans son puits.

Le malheureux avait depuis quelque temps des troubles cérébraux; il laisse une veuve avec trois enfants. »

12. *Un fou anthropophage*. — Au n° 6 bis de la rue de Terre-Neuve habitait un faux ménage. L'homme, Louis Voituret, âgé de quarante-six ans, était colporteur, et sa compagne, Angélique Rousseau, blanchisseuse.

IVrogne invétéré, Voituret avait déjà été interné plusieurs fois. Ces jours-ci, il donna à nouveau des signes inquiétants de dérangement cérébral.

Hier matin, vers six heures, d'horribles cris mirent en émoi les voisins. Ces derniers enfoncèrent la porte de la chambre et assistèrent à une scène terrifiante.

Accroupi sur sa maîtresse, Voituret lui dévorait le visage. Le colporteur était devenu fou furieux.

Dans son délire, il s'était acharné sur sa compagne et, après l'avoir à moitié étranglée, il lui avait, à coups de dents, arraché le nez, la joue droite et l'oreille.

La femme Rousseau, dont l'état est très grave, a dû être transportée à l'hôpital Tenon.

M. Deslandes, commissaire de police du quartier de Charonne, a envoyé l'aliéné à l'infirmerie du Dépôt. (*Le Matin*, numéro du vendredi 28 octobre 1904.)

13. *Excentricités*. — On lit dans *Le Petit Parisien* (numéro du samedi 29 octobre 1904) :

Un Espagnol, nommé Antonio Gonzalès, âgé de trente ans, subitement frappé de folie hier après-midi, avait revêtu un costume de toréador et s'était rendu rue Brancion, afin de guetter un des nombreux troupeaux de bœufs qui se rendent chaque jour aux abattoirs de Vaugirard. A la vue des animaux, l'hispano s'arma de son épieu et se précipita au milieu du troupeau.

Il fallut l'intervention de plusieurs gardiens de la paix pour s'emparer du forcené et le conduire au bureau de M. Raynaud, commissaire de police du quartier Necker.

Le pauvre dément a été dirigé sur l'infirmerie spéciale du dépôt.

14. *Persécuté homicide*. — On lit dans *Le Temps* (numéro du mardi 1^{er} novembre 1904 :

M^{me} Picard, femme du directeur de la maison de santé de la Malgrange, à Jarville (Meurthe-et-Moselle), sortait samedi soir, vers sept heures, du magasin d'un éditeur de musique de la rue des Dominicains à Nancy ; elle était accompagnée de ses deux filles, âgées de dix-huit et vingt ans.

Au moment où elle allait monter en voiture, un jeune homme, nommé Lorrain, âgé de vingt-quatre ans, rentier à Bouxières-aux-Dames, se présentait devant elle et lui disait : « Il y a assez longtemps que vous m'avez mal nourri. » En même temps il sortait de sa poche un revolver et tirait dans le groupe des trois femmes. L'aînée des jeunes filles, M^{lle} Hélène, fut seule atteinte dans le dos.

Pendant que l'on transportait la jeune fille dans une maison voisine, le meurtrier se laissait arrêter sans résistance. Interrogé, il déclara que pendant son séjour à la maison de santé de la Malgrange, où il avait été placé, il avait eu à se plaindre de la famille Picard.

En voyant les dames en face de lui, il n'avait pu résister à la tentation et il avait tiré.

Pierre Lorrain est un fou notoire. Il avait été enfermé quelque temps dans l'établissement de la Malgrange et on avait jugé à propos de lui rendre la liberté ; mais, au régiment où il avait été incorporé après son tirage au sort, on ne voulut pas le garder plus de quinze jours.

L'état de M^{lle} Hélène Picard est des plus graves. On redoute une issue fatale.

15. *Tentative d'assassinat*. — On lit dans *Le Matin* (numéro du mercredi 9 novembre 1904) :

M. Carpin, commissaire de police de quartier Clignancourt, sortait, hier matin, de son bureau en compagnie d'un huissier de la rue Ramey, qu'il devait assister dans ses fonctions, lorsqu'à l'angle de la rue Marcadet un individu s'élança sur lui et le frappa d'un violent coup de poing en pleine poitrine. M. Carpin, bien que fortement contusionné, réussit à empoigner son agresseur et à le maîtriser. Des agents accoururent et le conduisirent au commissaire de police.

L'auteur de cet attentat, un fou, nommé Guibel, menuisier, était brusquement sorti de chez lui, dans la ferme intention de tuer le commissaire.

« — Vous l'avez échappé belle, dit au magistrat la femme de l'aliéné, mon mari n'avait qu'une idée fixe : celle de vous assassiner ! »

Le menuisier portait deux revolvers chargés et un coutelas. Guibel a été dirigé par sa victime sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

16. *Homicide*. — On écrit de Dresde au *Petit Parisien* (numéro du lundi 14 novembre 1904) :

On vient de repêcher dans l'Elbe, le cadavre d'une femme nommée Wendrich, disparue depuis le 16 octobre dernier. La tête avait été brisée à coups de hache et les deux bras détachés du corps. Un crime était évident.

Or, en même temps que la police faisait cette lugubre découverte, on arrêtait une fille nommée Quasdorf, au moment où elle s'apprêtait à toucher un livret de caisse d'épargne de 400 marks au nom de la morte. Interrogée au sujet de la provenance du livret, la Quasdorf avoua son crime. C'était elle qui avait attiré la femme Wendrich dans son logis et l'avait tuée à coups de hache. Pendant quinze jours, elle dissimula le cadavre dans sa cave puis, gênée par l'odeur, elle avait été jeter sa victime dans l'Elbe après avoir sectionné les bras qui « gênaient le transport ».

La meurtrière a déjà accompli une peine de prison pour incendie volontaire. En dernier lieu, elle faisait partie d'une secte religieuse outrancière, comme il en existe beaucoup en Allemagne. Elle passait ses journées en prières dans les églises et dans sa demeure, ornée d'objets religieux. On se trouve probablement en présence d'un cas de folie mystique.

17. *Suicide*. — Une pauvre femme qui, depuis longtemps, ne jouissait plus de la plénitude de ses facultés, s'est suicidée, hier, dans une grotte du parc des Buttes-Chaumont, en absorbant de l'acide sulfurique. Elle est morte, au milieu d'atroces souffrances, dans une pharmacie où on l'avait transportée.

Il y a environ un an, cette personne, M^{me} Auzanne, aujourd'hui âgée de quarante ans, avait abandonné son mari, un honnête ouvrier, habitant Pantin, et était allée se jeter dans le canal Saint-Martin. Répêchée aussitôt, elle s'était rendue dans un hôtel meublé de la rue d'Allemagne où elle avait tenté de s'asphyxier à l'aide du charbon de bois. Incommodés par les émanations d'acide carbonique, ses voisins avaient enfoncé la porte et avaient conduit la désespérée à l'hôpital Saint-Louis. En quittant cet établissement, M^{me} Auzanne s'était jetée sous les roues d'un fiacre et avait eu la jambe droite fracturée. Ramenée à l'hôpital, elle y avait de nouveau reçu des soins, et il y a quelques jours, affligée seulement d'une légère claudication, elle l'avait quitté définitivement. (*Le Petit Parisien*, numéro du mardi 15 novembre 1904).

18. *Suicide*. — On lit dans *Le Matin* (numéro du jeudi 17 novembre 1904) :

M. Desgrippes, le secrétaire de M. Bottolier-Lasquin, commissaire de police du quartier Saint-Ambroise, recevait hier matin une lettre ainsi conçue :

Mon bon monsieur Maurice,

La vie n'est déjà pas bien drôle ; mais si la police vous persécute, c'est intenable. J'en ai assez, je suis las d'être surveillé, je m'en vais...

Dernièrement, je prenais une absinthe-menthe dans un café, deux agents survinrent, parlèrent bas au gérant, et on refusa de me servir mon apéritif. Non ! cela dépasse les bornes, aussi je vais me tuer. Adieu.

ALFRED BUTTE,

Rue Saint - Maur.

M. Desgrippes, ne connaissant pas le signataire de cette étrange missive, fut d'abord très perplexe. Il en référa au commissaire, qui jugea de son devoir d'ouvrir une enquête.

Rue Saint-Maur, dans un petit logement, habitait bien, en effet, un luthier, nommé Butte, lequel ne semblait pas jouir de ses facultés mentales. Le magistrat fit ouvrir la porte de son appartement.

Butte gisait le visage ensanglanté. Le pauvre fou s'était tué en se logeant une balle de revolver dans la tête.

19. *Suicide*. — On lit dans *Le Petit Parisien* (numéro du samedi 19 novembre 1904) :

Depuis plusieurs mois déjà, un mécanicien, Léonce Guillaume, âgé de trente ans, demeurant, 22, rue de la Roquette, était en proie à de violents troubles cérébraux. Hier soir, vers onze heures, ce malheureux s'est, d'une hauteur de quatre étages, jeté dans la cour de l'immeuble.

Transporté à l'hôpital Saint-Antoine, il est mort presque aussitôt.

20. *Excentricités*. — Brune, âgée de vingt-cinq ans environ, une femme vêtue très élégamment, prenait place, samedi soir, dans l'un des tramways qui part de la place de la Trinité pour se rendre à Enghien.

Arrivée à destination, elle ne voulut pas descendre et revint à Paris. Puis, rendue à la place de la Trinité, la tenace voyageuse déclara qu'elle voulait de nouveau aller à Enghien.

En cours de route, rue Damrémont, elle se livra à de telles excentricités que le conducteur du tramway fut obligé d'avoir recours à un agent pour faire descendre du véhicule la jeune femme.

Conduite au commissariat du passage Tourlaque et mise en présence de M. Dupuis, la pauvre démente s'écria : « On en veut à ma vie ! Protégez-moi ! ».

Le magistrat n'a pu établir l'identité de cette infortunée et

l'a fait conduire à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Petit Parisien*, numéro du lundi 28 novembre 1904).

21. *Une mère qui tue son enfant.* — *Le Journal* (numéro du 1^{er} décembre 1904) publie le télégramme suivant reçu de Bergamo (Italie) :

Un crime horrible a été commis, hier, à Nembro, grosse bourgade de la vallée de Seriana.

Sous l'influence d'une violente crise d'hystérie, M^{me} Elisabetta Bergamelli, âgée de trente ans, épouse d'un négociant en bestiaux, M. Francesco Marcleri, a frappé avec une faux qu'elle avait préalablement aiguisée sa fillette, âgée de neuf mois, couchée dans son berceau. Aux cris poussés par l'enfant, des personnes accoururent, qui se jetèrent sur la forcenée pour la désarmer. Ils y réussirent, mais la fillette avait été mortellement blessée.

Quelques-unes des personnes qui étaient courageusement intervenues furent blessées.

Tandis que les carabiniers l'emmenaient, la femme Marcleri criait : « Mon petit ange implorera ma grâce. »

22. *Double homicide et suicide.* — On lit dans *Le Temps* (numéro du lundi 5 décembre 1904) :

On mande de Valence qu'hier matin, le nommé Eynard, cultivateur à Châteauneuf d'Isère, et qui ne jouissait pas de toutes ses facultés, a tué sa femme et son jeune enfant et s'est ensuite suicidé en se jetant dans un puits.

FAITS DIVERS

Triple suicide. — On télégraphie de Chicago au *Temps* (numéro du jeudi 24 novembre 1904) :

Un triple suicide, qui s'est produit dans d'étranges circonstances dans la même famille, a mis en émoi la population de cette ville.

Samedi dernier, M. Henry Parker, fils d'un des principaux actionnaires des chemins de fer de l'Ouest, s'est suicidé avec une jeune fille de vingt-deux ans, sa fiancée, en absorbant de l'acide prussique.

Quelques jours avant, le mercredi, M. Parker père s'était empoisonné, croit-on, de la même façon, et c'est après les funérailles que le jeune couple décida d'en finir avec la vie.

Dans une lettre adressée à sa mère, le fils Parker fait allusion à quelque étrange contrat signé entre sa fiancée, son père et lui.

Au cours de son enquête, la police apprit que la jeune fille, connue sous le surnom de « princesse allemande », se donnait comme prêtresse d'un culte mystérieux d'après lequel « la mort n'était qu'un voyage de découverte dans un pays étranger et qu'il n'y avait pas lieu de s'en effrayer ».

On croit qu'un pacte stipulant le suicide avait été conclu entre les trois victimes.

Epidémie de névrose religieuse en Angleterre. — On lit dans *Le Temps* (numéro du dimanche 4 décembre 1904) :

« Nous avons, en son temps, signalé l'épidémie de névrose religieuse qui commença de sévir l'an dernier dans le sud du pays de Galles. Des illuminés se mettaient à trembler et à danser frénétiquement, sous l'influence, disaient-ils, de l'Esprit Saint, et la foule ignorante se portait à leurs réunions. On juge si les simulateurs et les imitateurs abondèrent. Ce fut une épidémie. Elle vient de gagner Londres. Hier, à Camberwell, l'un des quartiers les plus misérables, quelques-uns de ces agités, qui s'appellent « Danseurs de la Pentecôte », donnèrent une de leurs séances. On critique sévèrement dans la presse ces exhibitions de derviches blancs. »

La guerre et les aliénés inventeurs. — On télégraphie de Saint-Petersbourg au *Journal* (numéro du dimanche 4 décembre 1904) :

« Selon un rapport du Dr Tchikoff, la guerre a eu de déplorables effets sur le moral des habitants de Saint-Petersbourg. Beaucoup sont devenus fous et croyaient avoir fait des inventions destinées à assurer le triomphe de la Russie. On cite le cas d'un employé du ministère, inventeur d'une mine qui fut refusée. Le malheureux déclara qu'il la vendrait aux Anglais et on dut finalement l'enfermer. Des cas semblables sont nombreux. »

Le rapport de notre confrère russe confirme les observations faites par les Drs Magnan et Bouchereau, et consignées dans leur intéressant travail sur la « Statistique des malades entrés en 1870 et 1871 au Bureau d'admission des aliénés de la Seine ». (V. *Ann. méd.-psych.*, 1872, t. VIII, p. 343.) Eux aussi, ont eu l'occasion de constater, durant le siège de Paris, des aliénés, surtout des paralytiques généraux dont le délire semblait exclusivement dirigé vers des inventions grandioses ayant pour objet la défense nationale. « Aux idées de richesse, aux projets de réforme sociale, écrivent nos deux savants confrères, avaient succédé des plans de campagne, des inventions d'engins meurtriers ou de fortifications indestructibles : ils vont couvrir la France de forteresses, fondre des canons à portée extraordinaire, entourer Paris de remparts inabordables. Un d'eux croit avoir trouvé un système de ballons dirigeables, qui doivent emporter des machines explosibles, destinées à anéantir d'un seul coup toutes les armées allemandes, etc. »

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARTEUX, imprimeur 1 rue Cassette.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie.

DU

DÉLIRE DE LA CONVALESCENCE

DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Par le Dr C. ROUGÉ

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Limoux,
Lauréat de l'Académie de médecine.

Suite (1).

CONCEPTIONS DÉLIRANTES FIXES

A. *Conceptions délirantes sur un objet unique et de nature variable.*

Deux cas, très connus, sont rapportés par Louis (2).

Dans le premier, le malade qui entrait en convalescence prétendit, cinq jours de suite, avoir été, depuis son admission à l'hôpital, dans son village d'où il avait rapporté des louveteaux

(1) Voir les *Annales* de janvier-février 1905.

(2) Louis. *Rech. anat. path. et therap.* T. II, p. 33.

qu'il voulait vendre. Il ne pouvait dire comment il avait voyagé; mais quelque objection que je lui fisse, dit Louis, il resta pendant cinq jours dans la même illusion que, d'ailleurs, il soutenait avec beaucoup de calme; et ce ne fut qu'après cette époque, en revenant du jardin de l'hôpital, qu'il reconnut son erreur (Obs. II).

L'autre cas est relatif à une jeune fille, beaucoup moins avancée dans la convalescence, d'une grande sensibilité, qui avait eu beaucoup de chagrins avant le début de sa maladie. Elle soutint, deux jours de suite, que sa sœur, qui habitait Saint-Germain, était morte; qu'elle l'y avait vue trois jours auparavant; et elle le soutenait avec l'accent de la plus profonde conviction, s'occupant de ses petites nièces, de leur deuil, et me suppliant, d'un air profondément affligé, d'écrire à une de ses parentes à ce sujet. Ce délire eût encore cela de remarquable, qu'il fut remplacé par un délire varié qui disparut après le même espace de temps (Obs. III).

J'ai observé un cas qui ressemble beaucoup aux précédents. A la suite d'une fièvre typhoïde très grave, dans le cours d'une convalescence pénible et traversée par une dyspepsie et des vomissements opiniâtres, un jeune soldat de la garnison de Castelnau-dary, envoyé à Limoux après l'inondation de 1892, avait retrouvé son entière lucidité d'esprit, sauf qu'il était convaincu que, pendant sa maladie, il était allé à Castelnau-dary et qu'il avait été réformé pour la vue. Cette idée, qui datait de la période fébrile et qui revenait souvent à son esprit, ne disparut que lorsque les accidents gastriques eurent cessé et qu'il eut, en grande partie, récupéré, ses forces épuisées (Obs. LX).

Un quatrième était convaincu que pendant sa maladie on lui avait ouvert le crâne pour en tirer le tabac qui s'y était logé et dans le but de le corriger d'une mauvaise habitude. Il en usait d'une façon immodérée (Obs. XXXIV).

Un étudiant a une boulette de mie de pain dans le cerveau, et insiste pour qu'on le trépane, voulant être débarrassé de cet hôte incommode (Obs. XXLI).

Dans une sixième observation il s'agit d'un garçon de dix-neuf ans, entré en convalescence du 10 au 15 avril, qui, le 21, raconte que huit jours avant son entrée à l'hôpital un cheval l'avait mordu, lui enlevant le nez. Le bout séparé avait été ramassé et remis en place par un médecin de Bordeaux. Pendant un jour, un ami tout dévoué avait maintenu les surfaces vives en contact de telle façon que la restauration fut parfaite. Le

malade ne tarissait pas sur l'habileté du médecin et demandait que l'observation fut publiée dans un journal de médecine (Obs. XXXVIII).

Un autre malade sortait d'une rechute lorsqu'il déclara qu'il venait d'accoucher; il avait pris une alèze, l'avait roulée et faisait le simulacre de la bercer comme un enfant au maillot. Ce manège durait depuis deux jours lorsque le malade succomba brusquement (Obs. XXXVI).

Je m'en tiens à ces citations, les autres étant dans le même genre.

Il est à remarquer que lorsqu'il s'agit d'une idée triste, il y a peu ou même pas de dépression. C'est, parfois, une complète indifférence. Tel est le cas de cette jeune fille qui, sur le point de sortir de l'hôpital, se figura que son père et sa mère étaient morts en venant la voir à Paris; elle ne paraissait pas autrement affectée de cette catastrophe (Obs. XXXIX).

B. Conceptions délirantes sur un objet fixe et de nature ambitieuse.

Le comte R..., dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, fut pris d'une véritable monomanie qui consistait à vanter à tout propos la magnificence de son écurie. A l'entendre, c'était un véritable haras dans lequel les chevaux arabes pur sang laissaient indécis le jugement du sportman le plus éclairé. Malheureusement, cette imagination était loin de la réalité. Dans ce cas, l'aliénation mentale disparut à mesure que l'alimentation rendit à la constitution épuisée les forces nécessaires au jeu de la vie normale (Obs. XIV).

On observe, parfois, un délire de grandeurs parfaitement systématisé :

Un enfant de quinze ans, d'une intelligence remarquable, était en pleine convalescence... Il se levait soudainement de table en disant que sa voiture à quatre chevaux l'attendait dans la rue; il demandait son manteau royal doublé d'hermine et prétendait avoir reçu des invitations pour aller aux soirées des personnages les plus importants de la ville. Ce délire céda à un régime tonique et à la bonne influence de l'air de la cam-

pagne où l'on envoya cet enfant que les parents se disposaient à isoler précipitamment dans une maison de santé (Obs. XV).

Il nous paraît difficile de confondre ce délire ambitieux avec celui qui caractérise le début de la paralysie générale et avec la mégalomanie des délirants chroniques, surtout, si l'on a suivi le malade. La démence paralytique, disent Magnan et Sérieux (1), se révèle dans l'absence de systématisation, dans les contradictions, les absurdités choquantes, l'incohérence et la mobilité des idées. La citation suivante, empruntée à Marcé fera bien saisir ces caractères : les paralytiques sont à la fois pape et empereur ; tout en parlant de leurs richesses et de leurs millions, ils avouent leur profession, quelque humble qu'elle puisse être, et racontent qu'ils gagnent quarante sous par jour.

Les convalescents de fièvre typhoïde, au contraire, se forgent des histoires qui, malgré leur invraisemblance, s'enchaînent avec assez de suite et ne sortent pas de l'ordre des choses possibles ; de plus, ils sont conséquents avec eux-mêmes et les titres qu'ils s'attribuent ne présentent entre eux rien de contradictoire.

Quant au délire ambitieux des délirants chroniques la moindre connaissance des anamnétiques lèverait les doutes, le délire ambitieux ne survenant chez eux qu'après une longue période de délire de persécution.

Enfin, dans un cas comme dans l'autre, l'âge du malade sera le plus souvent une indication suffisante : c'est de dix-huit à trente ans qu'on est le plus exposé à contracter la fièvre typhoïde, tandis que la paralysie générale et le délire chronique s'observent, généralement, de trente à cinquante ans, très rarement, avant trente ans.

(1) Magnan et Sérieux. *La paralysie générale.*

Les premiers auteurs qui ont écrit sur ce sujet n'ont pas manqué de remarquer la fréquence des idées ambitieuses. Cette disposition à délirer dans le sens des idées de grandeur est, dit Morel, un des caractères les plus significatifs des perturbations mentales qui sont la conséquence de la fièvre typhoïde. Marcé estime qu'il y a vraiment quelque chose de spécial et de digne d'attention dans l'apparition d'idées ambitieuses chez les sujets devenus momentanément monomaniaques à la suite de la fièvre typhoïde.

Si les idées délirantes n'ont pas toujours le caractère manifestement ambitieux, elles sont, au moins, souvent agréables. Tel est le cas de ce médecin des hôpitaux de Paris qui racontait à Baillarger, qu'à la suite du typhus, il avait conservé, pendant plusieurs mois, l'idée qu'il était devenu propriétaire d'une maison de campagne et d'un cheval blanc. Il parlait par moments de cette maison et de ce cheval imaginaires comme s'il les eût réellement possédés. Dans d'autres moments, il reconnaissait son erreur (Obs. L). Ce cas est remarquable par la longue durée du délire.

Une jeune fille, dont le délire se systématisa à la fin d'une fièvre typhoïde grave, disait qu'on venait de lui remettre une malle contenant un million avec lequel elle se proposait de créer un établissement de marchand de vin (Obs. XLIII).

Les conceptions délirantes sur un objet fixe, soit de nature ambitieuse, soit de nature variable, forment un groupe bien à part parmi les troubles mentaux que nous étudions. Ce groupe se distingue par sa marche rapide et continue, une courte durée, une terminaison heureuse, toutes choses qui contrastent avec ce que nous savons de l'aliénation mentale. Aussi Esquirol n'a pas admis ce délire comme une des formes de l'aliénation mentale.

Griesinger estime aussi que dans les cas de concep-

tions délirantes sur un sujet unique il n'y a pas folie à proprement parler. C'est plutôt, dit-il, un retour lent des fonctions cérébrales à leur état normal ; ces malades n'entrent pas dans les asiles.

La confusion mentale n'est pas en cause dans les cas que je viens de rapporter, car elle est incompatible avec un délire coordonné, souvent bien systématisé, partiel et coïncidant avec un état cérébral parfait en dehors de cette idée délirante et sans la moindre confusion dans les idées.

Mais il me paraît évident que ces conceptions délirantes ont manifestement le caractère onirique indiqué par M. Régis, que ce délire est un délire de rêve. L'imagination joue ici le plus grand rôle ; c'est la folle du logis qui dirige au lieu d'être dirigée. Déjà Baillarger comparait ces idées fixes « à un fragment détaché d'un « rêve ». Ce serait, en somme, un rêve qui se prolongerait à l'état de veille plus longtemps que normalement. Il arrive parfois, en effet, qu'en se réveillant sous l'impression d'un rêve, on reste quelques instants sans se rendre bien compte que ce rêve n'est pas la réalité.

Comme les rêves, ces conceptions délirantes sont bizarres, absurdes, invraisemblables. Elles ont avec le rêve une autre analogie, c'est la manière dont le malade rentre dans la vie réelle, c'est une sorte de réveil. L'obs. I vient parfaitement à l'appui de cette opinion : un jeune homme déjà rétabli de tout point d'une fièvre typhoïde, conserva pourtant quelque temps encore, une de ses conceptions délirantes. Il était persuadé qu'il avait à lire une grande quantité de lettres reçues et mises avec soin dans une boîte au moment où il était tombé malade ; et ce qu'il y a de piquant, c'est qu'il était parvenu par la netteté de son assertion à la faire accueillir autour de lui. On cherche inutilement la boîte parmi les effets installés avec lui dans le domicile temporaire où il rece-

vait des soins et il s'écria tout à coup pendant qu'on faisait ces recherches : « Mais... je pourrais bien me tromper. Ces lettres dont j'ai toujours parlé pendant ma maladie, est-ce que je ne les ai pas rêvées ? »

D'habitude, ce retour à la réalité ne s'opère pas aussi brusquement. Généralement, l'assurance du malade va s'affaiblissant progressivement jusqu'à ce qu'il revienne à l'appréciation nette de son état. Un de mes malades, âgé de plus de soixante ans, en convalescence d'une fièvre typhoïde légère, qui, la veille, m'avait fait part d'une de ces conceptions délirantes de nature quelque peu ambitieuse, me regarda le lendemain, surpris et sans me répondre quand je le questionnai à ce sujet. A la visite suivante, il s'était complètement ressaisi et paraissait honteux de ce qu'il m'avait dit.

Comme dans les rêves, ces idées délirantes sont parfois une reminiscence de faits qui se sont passés peu de temps avant la maladie (Obs. LXV).

Elles sont superficielles, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas tenaces, fortement implantées dans l'esprit du malade (comme dans les vésanies proprement dites) et l'on parvient assez facilement à les déloger. Nous avons vu aussi que ce délire est assez souvent systématisé, mais selon l'expression de MM. Bucquoy et Hanot, la systématisation inflexible y est rare. Nous avons déjà dit que l'idée était facilement abandonnée, quelquefois subitement, d'autres fois plus lentement.

Ces troubles mentaux ont eu, presque toujours, une courte durée : dans deux cas, deux jours seulement ; le plus souvent, de huit à quinze jours ; quelquefois, quelques mois. A part le sujet de l'observation XXV, qui est douteux, ces manifestations délirantes ont toujours guéri.

Dans tous ces cas, les troubles mentaux sont survenus pendant la convalescence de fièvres typhoïdes,

notées comme « légères », « d'intensité moyenne » ou sans indication sur la gravité de la maladie, ce qui semble bien indiquer son peu de gravité. Dans quatre cas seulement, la fièvre typhoïde est notée comme grave (Obs. XLI et XLIII) et comme très grave (Obs. LVIII et LX).

Je crois devoir observer que dans tout ce que je viens de dire, il n'a été question que des cas où les conceptions délirantes uniques étaient à l'état de simplicité, de pureté, c'est-à-dire sans être associées à d'autres manifestations vésaniques, comme dans les observations XXXIII et LXV.

Si j'ai tant insisté sur ce groupe de conceptions délirantes fixes et sur un sujet limité, c'est qu'à mon avis, il est particulier à la convalescence de la fièvre typhoïde, qu'on ne le rencontre pas dans la convalescence des autres maladies infectieuses aiguës. En dehors de la fièvre typhoïde, je n'ai trouvé, en consultant de nombreuses observations, que deux cas de délire ambitieux, l'un dans la convalescence de la scarlatine, l'autre à la suite d'une attaque de choléra et encore n'était-il pas isolé : dans le premier cas, il était associé à des hallucinations ; dans le second, à l'ataxie des mouvements.

Relativement à leur fréquence, ces conceptions délirantes sont plus fréquentes que ne le feraient croire les statistiques, d'abord parce qu'elles doivent passer souvent inaperçues, qu'elles n'entravent pas la convalescence, qu'elles ont généralement une courte durée et que le médecin, pas plus que l'entourage du malade, ne leur attribue pas une grande importance. Aussi la plupart des cas ne doivent pas être publiés. Murchison (*loc. cit.*) en cite quelques exemples que je n'ai pas compris dans ma statistique. Il y a quelque temps, une religieuse qui m'est chère, placée dans un service de militaires, me racontait qu'un jeune soldat, de famille

très pauvre, s'était figuré, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde grave, qu'un de ses parents lui avait envoyé dix francs. Cette idée persistant, le malade désira faire écrire à son parent pour le remercier. La religieuse lui fit alors observer que, peut-être, il se trompait. L'inspection de son porte-monnaie lui fit aussitôt comprendre qu'il n'avait pas reçu cet argent, qu'il était le sujet d'un rêve. Je ferai, à ce sujet, une remarque que j'ai déjà faite à propos des idées fixes survenant pendant la période fébrile de la fièvre typhoïde (1), c'est que ces délires sont constatés plus facilement dans la clientèle privée où les parents des malades, mieux que les infirmiers des hôpitaux, peuvent rendre compte des divagations de leurs malades.

Comme tous les autres symptômes de la fièvre typhoïde, ce délire peut, suivant la remarque de MM. Bucquoy et Hanot, être rare ou fréquent suivant les épidémies. Ainsi, en 1853, dans le service de Louis, l'un d'eux recueillit sept observations où ce délire prit une véritable importance. Il n'avait plus eu l'occasion d'en retrouver l'analogue en trente-huit ans, lorsque l'occasion se présenta, en 1880, à l'hôpital Cochin. Cette année, sur un nombre restreint de fièvres typhoïdes, deux malades présentèrent le délire de la convalescence.

CONFUSION MENTALE

Je comprendrai dans ce groupe les cas décrits sous la dénomination d'obtusion mentale, stupeur, stupidité, stupeur mélancolique, démence aiguë, pseudo-démence, quelques cas rangés dans la lypémanie et un cas présentant des signes de paralysie générale.

Avant de rapporter les observations de confusion

(1) C. Rougé. Des fébricitants délirants.

mentale que j'ai rassemblées, il m'a paru utile de rappeler rapidement ses principaux symptômes : « Il existe, dit M. Chaslin, un groupe de formes mentales, très rapprochées les unes des autres, caractérisées par la confusion, l'incohérence réelle des idées, la perte des sentiments de lieu, de temps, état qui peut s'accompagner ou non d'hallucinations et aboutir ou non à la stupeur la plus profonde. » Chez ces malades, le regard est vague, la physionomie étonnée, l'attention n'est plus sollicitée, la compréhension est très lente, quelquefois nulle, la mémoire très affaiblie ou complètement annihilée. Tantôt il y a de l'excitation, tantôt de la dépression, souvent des hallucinations. Les idées naissent isolément, sans enchaînement logique; elles ont la mobilité et l'absurdité qu'on observe dans le délire alcoolique ou fébrile, ou encore dans le rêve. Le malade paraît être en démence; mais cet état se différencie de la démence par la brusquerie de son début, par l'incoordination plutôt que par l'affaiblissement des facultés intellectuelles et surtout par sa curabilité.

Tous les cas de confusion mentale ont guéri. Quant à la durée, voici le résultat de mes recherches : sur 16 cas avec renseignements, nous en trouvons 4 qui n'ont duré que quelques jours (de 2 à 7 jours), 5 avec une durée de 1 mois — dans les autres, la durée a varié de 2 à 5 mois. On pourra juger par la lecture des observations qui suivent qu'elles appartiennent toutes à cette forme mentale.

Un jeune homme, âgé de dix-sept ans, présentait un état de stupidité presque complet pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, il avait de temps en temps un peu d'agitation et quelques hallucinations. — Sous l'influence d'un régime tonique il revint promptement à la santé (Obs. VIII.)

Un jeune enfant de douze ans, à la suite d'une fièvre typhoïde, tomba dans un état de stupidité complète. Alors

qu'on pouvait le considérer comme parfaitement guéri, il reste pendant plusieurs jours couché sur le dos, les bras pendants, la bouche largement béante, avalant tout ce qu'on lui donnait sans paraître éprouver de sensations pénibles ou agréables, ne prononçant pas un seul mot... Au bout de quelques jours il reprit l'usage de la parole et des facultés intellectuelles (Obs. IX).

Louis parle d'un sujet de peu de capacité qui resta, pendant les six semaines que dura sa convalescence, dans un état d'idiotisme dont il ne sortit que lentement, complètement, toutefois (Obs. X).

Louis cite encore le cas suivant : «... Le délire eut lieu au déclin de la fièvre, du vingt-huitième au trente-cinquième jour de l'affection et il était fixe. Le malade se croyait loin de Paris et près de son pays, sans pouvoir indiquer avec précision le lieu où il se trouvait. Il perdit à peu près complètement la mémoire et ne put retenir le nom de l'hôpital pendant sept jours (Obs. XI). »

Marcé a vu une jeune fille de treize ans, pleine d'intelligence, qui, à la suite d'une fièvre typhoïde grave, était devenue comme idiote. Elle avait la parole traînante et niaise, adressait à tout le monde, en larmoyant, des interpellations enfantines, avait oublié les noms de ceux qui l'entouraient, était devenue gâteuse, se barbouillait à plaisir de matières fécales et cherchait à en manger. Elle guérit au bout de quelques semaines (Obs. XII).

Jeune garçon de treize ans... La fièvre typhoïde avait disparu, mais il restait amaigri, pâle, obtus et faible. Audition obscure. Des idées craintives traversaient son horizon sombre. Il craignait qu'on le fit mourir ou qu'on l'empoisonnât : de là des révoltes incohérentes, machinales et des refus de nourriture. — Guérison (Obs. XIII).

Le cas suivant a présenté quelques signes de paralysie générale. Q..., âgée de quarante et un ans, entrée le 3 novembre dans le service de M. Baillarger. Il y a environ cinq semaines, elle fut prise d'une fièvre typhoïde qui la retint vingt et un jours au lit. Parfaitement rétablie de cette maladie, elle était en pleine convalescence lorsqu'elle eut quelques hallucinations de la vue ; ainsi elle voyait, la nuit, une femme qui venait la visiter. Sa mémoire s'éteignit complètement, elle était calme, du reste, ne se livrait à aucun acte extravagant.

A son entrée dans le service, M. Baillarger constata la fai-

blesse de sa mémoire, un léger tremblement des membres et une parole un peu lente. Elle donnait, lorsqu'on l'interrogeait, des réponses contradictoires, entre autres, celle-ci : « Je ne puis pas vous dire depuis quand je suis mariée puisque je n'ai pas d'enfants (elle en avait trois). » Sortie guérie au commencement de janvier (Obs. XXII).

Jeune fille, âgée de douze ans, très intelligente. Après une rechute de fièvre typhoïde elle se mit à délirer et, huit jours après, on l'amène à l'asile de Fais. Pas d'autre cause appréciable.

A son entrée (12 septembre), amaigrissement considérable ; la souffrance et la stupeur sont empreintes sur sa figure ; la tête est penchée en arrière et les muscles du cou, fortement tendus, font saillie à travers la peau ; abolition des facultés intellectuelles ; absence de la mémoire et des perceptions ; confusion des objets et des personnes ; quelques indices des facultés affectives ; la malade prend chaque personne pour son père et sa mère et les appelle à grands cris. Elle est tranquille pendant le jour ; mais le soir, la fièvre arrive et un peu d'agitation se manifeste.

Le 21. Légère amélioration. La fièvre et avec elle l'agitation ont disparu ; l'alimentation devient plus nutritive et les facultés intellectuelles reparaissent à mesure que le malade recouvre ses forces. Sortie guérie le 20 octobre (Obs. XVIII).

D..., garçon, dix-sept ans, est atteint pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde très grave d'abcès multiples. Son cerveau qui était revenu en fort bon état, se trouble de nouveau ; il se livre à des actes fort bizarres : il marche à quatre pattes et va pendant la nuit réveiller ses parents sans motifs ; il prétend qu'il est entouré d'insurgés ; hallucinations de la vue et de l'ouïe ; grande propension au vol ; alternatives de stupidité complète et d'agitation maniaque, alors il pleure, chante et crie le jour comme la nuit, il répète pendant des heures entières les mêmes mots, il embrasse et frappe tout à la fois les personnes qui sont auprès de lui ; il urine et satisfait tous ses besoins au milieu de sa chambre. La face est altérée, le poulx faible, la peau fraîche, refus des aliments.

Transféré à Bicêtre, il reste pendant quelque temps dans un état d'agitation considérable. Enfin, cinq mois après le début de sa fièvre typhoïde, il est devenu calme et n'a plus donné de signe de folie. — A succombé l'année suivante à une attaque de choléra (Obs. XXIV).

La fille C..., trente-trois ans, a eu des hallucinations terribles pendant la période prodromique d'une fièvre typhoïde ataxique très grave et du délire pendant toute la période fébrile... Peu à peu tous les symptômes s'amendent et la convalescence commence, c'est-à-dire que le mouvement fébrile a disparu. Elle fut longue. Pendant un mois, la malade resta plongée dans la stupeur. Sombre, triste, elle semblait en proie à des craintes imaginaires dont elle ne faisait part à personne. Cette perversion de l'intelligence, ainsi qu'une légère diminution de la mémoire, disparurent... La malade quitta l'asile complètement guérie (Obs. LVII).

B..., Clotilde, mariée, trente-deux ans. Entrée à l'hôpital de Sidi-Bel-Abbès, le 18 mars 1903, pour une fièvre typhoïde, a présenté des troubles mentaux au cours de cette affection. Ces troubles se sont accusés pendant la convalescence, elle aurait eu des idées de suicide. — Antécédents héréditaires inconnus. — Ce serait son premier accès de folie.

A l'hôpital civil d'Oran où elle fut évacuée le 18 juillet 1903, M. le Dr Gasser a constaté les symptômes suivants d'aliénation mentale qu'il attribue à la fièvre typhoïde contractée quelques mois auparavant : facultés mentales obnubilées, attention peu sollicitée, mémoire et volonté affaiblies, notions d'espace, de lieu et de temps peu précises, perception lente, craintes et appréhensions diverses, idées ambulatoires très développées, émotions tristes faciles à déterminer, physionomie stupide, trémulation de la langue et des lèvres.

A l'asile de Limoux, où cette femme est arrivée le 5 août 1903, elle a continué à présenter les symptômes de confusion mentale constatés par notre confrère d'Oran ; ainsi elle n'avait conservé qu'un très vague souvenir de la traversée et se croyait toujours en Algérie. L'intelligence est revenue progressivement ; un mois après son arrivée elle avait recouvré complètement sa raison ainsi que la mémoire et les sentiments d'affection pour sa famille. Sortie complètement guérie le 12 novembre 1903. (Obs. LXI).

H. Roger citait à Homolle l'exemple d'une grande jeune fille qui était devenue tout à fait baby et s'amusait à la poupée (Obs. LXIII).

Dagonet rapporte les deux observations suivantes :

Jeune homme, âgé de seize ans, transféré de l'hôpital de la Charité où il recevait depuis un mois des soins pour une fièvre typhoïde grave, entre dans le service de Dagonet avec le cer-

tificat suivant : « Confusion dans les idées, agitation passagère, hallucinations de l'ouïe et de la vue, stupeur. » L'excitation submanique qu'il présente rappelle assez bien ce qu'on observe dans certains cas d'alcoolisme ; il sent et voit comme des boules qui tombent de sa figure et lui font éprouver des sensations désagréables, douloureuses ; il entend des cris ; il voit des animaux qui lui causent de vives frayeurs. Cet état se dissipe entièrement au bout de peu de semaines (Obs. LXVI).

C..., âgé de vingt et un ans, nous arrive de Lariboisière convalescent d'une fièvre typhoïde. Figure pâle, expression de stupeur, yeux hagards, il répète automatiquement les mêmes phrases : on le menace, on va le fusiller, les mauvais esprits se sont emparés de lui. Confusion extrême des idées ; il est impossible d'obtenir de lui les moindres renseignements. Deux mois après, il est retiré par sa famille après avoir subi une amélioration très sensible et reconduit dans son pays natal où l'on espère que son rétablissement se fera plus vite (Obs. LXVII).

M. Motet rapporte l'histoire d'une jeune fille de seize ans, atteinte d'une fièvre typhoïde en 1871 et qui, dans sa convalescence, fut réduite à un mouvement intellectuel si limité qu'on se demandait avec effroi si elle n'était pas démente, si elle ne resterait pas ainsi appauvrie. Guérison au bout de cinq mois (Obs. LXX).

Délire incohérent chez une femme de trente-trois ans, rêvaseries, hallucinations, cessation du délire au bout de deux jours (Obs. LXXI).

T. D..., âgée de vingt-neuf ans, héréditaire, signes physiques de dégénérescence. Entrée le 21 mars 1893, dans le service de M. Hanot pour une fièvre typhoïde d'intensité moyenne... Au décours de la fièvre apparaissent des troubles psychiques qui donnent à la malade tout à fait l'allure d'une démente.

Son premier acte bizarre a consisté à se cramponner au bras de toutes les personnes qui l'approchaient. En même temps, elle dit des phrases telles que celles-ci : « Ne m'abandonnez pas... Qu'est-ce que va dire mon père... Je ne guérirai jamais. » Elle dit cela d'une voix nasillarde et traînante, d'une intonation uniforme et monotone ; la parole est scandée, rappelant un peu celle de la sclérose en plaques ; chaque syllabe est détachée... Pendant qu'elle parle, elle branle la tête de haut en bas, lentement et plusieurs fois de suite et continue ce geste pendant plusieurs minutes après qu'elle a parlé. Aucun tremblement. Par moments elle est loquace, elle bredouille des mots qu'on ne

comprend pas. Elle pleure facilement et, d'autres fois, elle se met à rire sans motif d'un rire niais et sans fin. Cet état mental a persisté pendant plusieurs semaines. Pendant ce temps la température a baissé et est tombée à 37 degrés. Sortie guérie le 7 mai (Obs. LXXIV).

HALLUCINATIONS.

J'ai recueilli onze observations :

Abercrombie cite le cas d'un de ses amis qui, convalescent d'une fièvre typhoïde, s'imagina que son corps avait dix pieds de haut ; son lit lui semblait à 6 ou 7 pieds du sol, de sorte qu'il éprouvait une très vive frayeur pour en sortir. L'ouverture de la cheminée était aussi grande que l'arche d'un pont. Par une bizarrerie assez singulière les personnes qui l'entouraient avaient leur grandeur naturelle (Obs. XVIII).

Les quatre observations qui suivent sont empruntées à Thore :

L..., jeune fille âgée de sept ans, est prise, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde de moyenne gravité, d'une insomnie complète accompagnée d'hallucinations et d'illusions des sens : elle voit les figures les plus étranges lui apparaître ; elle prête aux objets qui l'entourent les formes les plus bizarres, elle entend des bruits qu'elle ne peut définir. Il n'y a point d'incohérence dans ses idées ; elle joue et mange bien ; elle est fort gaie tout le jour et chaque nuit amène les mêmes symptômes ; les hallucinations ont une intensité telle que les parents sont fort effrayés et passent la nuit auprès d'elle. On prescrit une potion légèrement opiacée et un bain prolongé qui doit être donné le soir. Au bout de deux jours il y a une amélioration notable et en peu de temps les hallucinations ont complètement cessé (Obs. XIX).

Rosa G..., dix-huit ans, refuse avec injures les soins que lui prodiguent ses parents. Son frère entre dans sa chambre avec un paquet de linge, elle croit qu'il porte un enfant et lui demande pourquoi il veut le pendre au plancher. Elle voit et entend des personnes imaginaires, sent de mauvaises odeurs. La convalescence, toutefois, s'affermir et ces accidents disparaissent ; mais, à la suite d'une indigestion, la fièvre s'étant passagèrement renouvelée, elle est prise des mêmes symptômes

psychiques. Elle s'emporte, injurie tous ceux qui l'entourent. Elle croit qu'on parle toujours d'elle pour s'en moquer ; — mutisme, — refus d'aliments, — idées incohérentes, — ne reconnaît point une personne qui l'a gardée depuis le commencement de la maladie, parle à sa mère morte depuis quatre ans, voit une grosse bête au pied de son lit, etc.

Une eschare se forme au sacrum. Depuis cette époque, la malade ne présente plus aucun trouble de l'intelligence et des sens ; mais l'appétit se perd, l'affaissement et l'émaciation deviennent extrêmes. Elle succombe après vingt-quatre jours de maladie (Obs. XXVI).

Henri P..., dix-huit ans, en convalescence d'une fièvre typhoïde légère, est envoyé à la campagne où se déclare une fièvre intermittente quotidienne qui fut combattue par la quinine... Il ne prenait que quelques potages et il était convaincu que, tous les jours, il mangeait des pigeons, des poulets entiers (Obs. XX).

Femme, âgée de cinquante ans, d'un tempérament nerveux, très affaiblie avant sa fièvre typhoïde. Celle-ci avait eu une durée de quatre mois et demi. C'est à la suite de cette affection que le délire avait éclaté par des chants et une grande exaltation mentale, après avoir été précédé par une violente céphalalgie.

Des hallucinations diverses s'étaient fait jour au milieu de son délire ; la vue, l'ouïe, le toucher s'étaient trouvés intéressés, mais toutes ces hallucinations convergaient au même but, les sujets religieux : l'aberration de son esprit ne faisait que suivre une pente tracée à l'avance ; la malade avait montré de tout temps, en effet, des sentiments religieux profonds et cédé quelquefois à des entraînements de foi superstitieux... « Je vois très souvent, disait-elle, Dieu et les anges ; au moment où je vous parle, je vois Jésus-Christ comme je vous vois, sous la forme d'un homme. J'ai des visions de jour et de nuit ; j'en suis très heureuse. Je ne dors jamais ; mes yeux fermés veillent toujours et me font voir des choses merveilleuses. » Cette malade sortit de l'asile quelques mois après, améliorée mais non complètement guérie ; son intelligence s'était affaiblie (Obs. XXVIII).

Une malade voyait des diables qui la menaçaient du geste et du regard ou des chats qui se promenaient dans la chambre et l'empêchaient de dormir par leurs miaulements (Obs. LI).

Un petit garçon de quinze ans, après un mois de maladie, a

des hallucinations de la vue et de l'ouïe; il entend des individus qui le menacent, s'agite beaucoup, prétend qu'il n'a plus de jambes et demande à chaque instant qu'on les remplace par des jambes de bois. Pendant vingt jours ce délire persista (Obs. LII).

J'ai observé une jeune fille, âgée de dix-huit ans, qui, au déclin d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité et sans avoir présenté le moindre trouble intellectuel, eut une indigestion et prit le lendemain, sur le conseil d'un voisin, six pilules purgatives qui déterminèrent plusieurs selles et des vomissements. Le lendemain, le malaise persista et, le soir même, on commença à s'apercevoir qu'elle avait des hallucinations de la vue et de l'ouïe; le plus souvent, elle causait tout haut avec des personnes absentes; d'autres fois, on l'entendait rire à la suite de conversations à voix basse avec des êtres imaginaires; à deux reprises, c'étaient des femmes étrangères qui s'étaient couchées sur son lit et dont elle était fort embarrassée; elle disait ensuite à sa mère qu'elle ne s'était pas aperçue de leur départ. Aussitôt après une de mes visites pendant laquelle elle ne présenta rien d'anormal, elle interpella vivement ses deux frères qui rentraient du travail, leur reprochant d'être dans sa chambre depuis plus de quatre heures au lieu d'être à leurs occupations. Cet état dura quatre ou cinq jours (Obs. LXII).

Morel rapporte qu'il a soigné, pour une maladie mentale avec tendance au suicide, une jeune femme qui, à la fin de sa fièvre typhoïde, vit un spectre couvert d'un voile blanc se dessiner sur le mur de sa chambre. Ce spectre ne parut qu'une fois et ne parla pas. Mais l'effet fut profond, presque irréparable et c'est à dater de ce moment que des idées de désespoir s'emparèrent de la jeune femme (Obs. LXXI).

M. Pagliano rapporte les deux observations suivantes :

L..., âgé de dix-neuf ans, était en pleine convalescence de la fièvre typhoïde et mangeait depuis plusieurs jours quand le délire fit son apparition. Un matin, à la visite, on le trouve très triste; il dit qu'il souffre beaucoup de la jambe qu'on lui a amputée, il voit cette jambe à terre près de son lit. C'est à la guerre qu'un éclat d'obus a frappé le membre; il a, pour ce, reçu de nombreuses décorations qui sont étalées sur les couvertures. Au bout de six jours ce délire change de forme et se

traduit par des idées de satisfaction, d'orgueil et de richesses qui durent une huitaine de jours (Obs. LXXXII).

Jeune homme, vingt-deux ans. Au déclin de la fièvre typhoïde il présente un accès de lypémanie. Il est pâle, accablé, le regard fixé dans le vague, il faut insister beaucoup pour obtenir de lui une réponse : il a tué ses père, mère, frères et sœurs. Leurs cadavres sont étalés devant ses yeux. Des voix lui reprochent les crimes dont il s'est rendu coupable ; d'ailleurs, il a la juste punition qu'il a méritée : il n'a plus de langue, c'est le médecin qui la lui a arrachée. Deux jours après, il déclare qu'il est mort. Il ne veut pas manger afin de n'être pas empoisonné. Cet accès lypémanique dure plus d'un mois (Obs. LXXXIII).

Dans quelques-unes de ces observations, les hallucinations sont isolées, à l'état de simplicité. Dans d'autres, tout en constituant le symptôme prédominant, elles sont associées à des troubles intellectuels. Ce n'est pas, d'ailleurs, dans ces onze cas seulement, que nous avons pu constater les hallucinations. Dans plusieurs autres cas elles étaient associées, à titre de phénomènes accessoires, d'accidents fortuits, à des formes mentales comme la manie (Obs. XXXIII), la démence aiguë (Obs. VIII, XXIV), à une idée fixe (Obs. LXV).

Les hallucinations de la vue sont les plus fréquentes : elles ont été, même, constatées dans tous les cas ; parfois isolées, trois fois sur onze ; le plus souvent associées à des hallucinations de l'ouïe, six fois sur onze ; dans un cas elles étaient associées à des hallucinations de la sensibilité ; dans un autre, à celles du goût.

MANIE AIGÜE

Les cas de manie aiguë, au nombre de treize, ne présentent rien de particulier, si ce n'est que généralement, ils ont succédé à des fièvres typhoïdes graves (5 fois sur 8 cas avec renseignements) ; un cas s'est terminé par le

passage à l'état chronique ; tous les autres ont guéri. La maladie a eu une durée très variable, de quelques heures à dix mois. Ainsi Weber a rapporté deux cas d'agitation maniaque ayant duré dix heures dans l'un et vingt-quatre heures dans l'autre, tandis qu'Ellis en a aussi rapporté deux ayant duré sept semaines et dix mois ; la durée la plus fréquente a été de quinze jours à un mois. L'agitation maniaque a nécessité cinq fois l'internement sur les huit cas où ce renseignement est donné.

OBSERVATIONS. — Après dix-huit ou vingt jours de convalescence d'une fièvre typhoïde extrêmement grave, une jeune fille fut prise d'une agitation maniaque qui nécessita son internement à la Salpêtrière d'où elle sortit complètement guérie après y être restée quinze jours (Obs. V).

Un enfant de neuf à dix ans fut pris de délire maniaque dans les premiers jours d'une fièvre typhoïde très grave à laquelle il faillit succomber. La fièvre avait complètement cessé ; il vociférait, criait, jurait à chaque instant du jour. On le baigna plusieurs fois, on le nourrit et, au bout de quinze jours, il recouvra la raison (Obs. VI).

Un jeune homme, arrivé au vingt-neuvième ou trentième jour d'une fièvre typhoïde putride, avec hémorragie intestinale abondante, entra en convalescence lorsqu'il fut pris d'un délire plus continu et plus violent qu'il ne l'avait jamais été au plus fort de la maladie. La fièvre avait totalement disparu. Il fut guéri en quelques jours sous l'influence d'une médication tonique (Obs. VII).

M..., garçon âgé de cinq ans. La fièvre typhoïde chez cet enfant n'offrit de particulier qu'une prédominance de symptômes cérébraux qui, au début, fit croire à une méningite. A la convalescence, l'enfant parut tout changé. Il criait des heures entières, déchirait ses habits, cherchait à frapper et à mordre, se roulait par terre. C'était une véritable manie qui dura plusieurs semaines et qui finit par disparaître complètement sous l'influence de bains, de lotions froides et de toniques (Obs. XXXI).

V... (Françoise), dix-huit ans, est atteinte d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité pendant la convalescence de

laquelle éclate une manie aiguë. A son entrée à l'asile, cette jeune fille était en proie à une grande agitation qui, peu à peu, devint moins intense à mesure que les forces et l'embonpoint revenaient : fer, quinquina, toniques, bains. Sortie guérie (Obs. XXXII).

M. Marandon de Montyel parle d'une jeune fille, âgée de vingt ans, qui, à la suite d'une fièvre typhoïde grave, fut atteinte d'une manie aiguë qui passa à l'état chronique (Obs. LIII).

L'agitation maniaque a été encore constatée dans plusieurs des observations que j'ai rapportées à d'autres formes mentales, mais elle n'existait alors qu'à titre accessoire, comme complication ; elle coexiste souvent aussi avec des hallucinations.

LYPÉMANIE

Je n'ai recueilli que cinq observations dans lesquelles le délire lypémaniaque était le symptôme exclusif ou prédominant, plusieurs autres ayant été englobées dans la confusion mentale.

M^{me} G..., trente ans, fut prise d'une fièvre typhoïde excessivement grave. Elle était mère de deux petites filles. Durant la période d'état de sa maladie, elle fut souvent préoccupée d'elles dans son délire.

Celui-ci avait disparu avec la cessation de la fièvre ; la malade commençait à prendre de légers aliments qu'elle digérait bien. L'intelligence, cependant, ne recouvrait point sa lucidité habituelle ; le caractère surtout ne reprenait pas son entrain joyeux ; la malade semblait en proie à de sombres préoccupations et le délire reparut sous la même forme que le délire symptomatique qui avait été déjà observé. La malade était toujours préoccupée de ses enfants ; elle les voyait grêles, cacochymes à côté d'autres enfants auxquels elle les comparait. Une autre fois, elle les appelait pour les habiller, afin d'assister à une fête imaginaire ; puis, elle se plaignait amèrement qu'on leur eût volé leurs robes blanches ; elle était, d'ailleurs, extrêmement acariâtre et irritable. Nous crûmes que l'indication

fondamentale était de réparer les forces d'une constitution si profondément affaiblie par un régime analeptique sagement aménagé.

Longtemps encore, M^{me} G... resta faible, ne pouvant faire que quelques pas dans sa chambre, que déjà le caractère était redevenu ce qu'il était habituellement et l'intelligence avait repris toute sa lucidité (Obs. XXI).

Kal..., vingt ans, domestique, sortait de Necker où elle avait été soignée pour une fièvre typhoïde ayant duré deux mois.

A son entrée à la Salpêtrière (22 novembre 1882) : amaigrissement, physionomie exprimant la souffrance. Elle répond difficilement aux questions et encore elle ne le fait que d'une façon inintelligible et à voix basse. Elle mange avec difficulté, par suite de son état mélancolique. Pas d'incontinence d'urine, ni de fèces. Pendant toute la durée de l'examen, elle n'a fait que pleurer.

Le 7, l'état s'est un peu amélioré. Il y a de la lenteur intellectuelle. Les mouvements sont très lents; il faut la sortir du lit, l'habiller. Elle resterait des heures entières en chemise.

Le 15, hier, elle a fait son lit et a commencé à tricoter. Elle sait quel jour nous sommes, mais ne sait pas où elle est. Elle mange bien. Traitée par les toniques et les stimulants.

Le 18, partie pour la campagne en bon état (Obs. LIV).

Marguerite F..., domestique, dix-neuf ans. La fièvre typhoïde fut très grave. Dix jours après le début de la convalescence, rechute qui dura quinze jours. Au moment de la convalescence, elle était très faible et très maigre. Son regard, l'expression de sa physionomie indiquaient l'apathie et l'hébétude, son caractère était sauvage et farouche. Alors survinrent des idées délirantes : la malade avait beaucoup lu la Bible; il n'y avait pas à s'en étonner, lorsque, tout d'un coup, elle se crut damnée pour l'éternité, réprouvée et exclue à jamais de la grâce divine; elle était dans un désespoir continu. Plusieurs fois elle commit des actions que rien ne motivait, ainsi elle déchira ses vêtements, cacha certains objets; elle restait des heures entières plongée dans la rêverie et l'abattement. L'état des forces s'améliorant sous l'influence des toniques, l'esprit devint plus libre, plus ouvert, l'occupation lui devint agréable.

L'idée d'être damnée et réprouvée persista cependant. Sur ces entrefaites, la malade fut amenée par ses parents et, grâce aux bons soins, elle put, quelques mois après, rentrer en con-

dition. Depuis, je l'ai revue quelquefois et j'ai pu constater que la guérison de son état mental était complète et qu'elle s'est entièrement maintenue (Obs. LV).

Es..., femme. A vingt ans, fièvre typhoïde très grave et très longue, suivie, pendant la convalescence, d'une paraplégie qui dura six mois. Apparition pendant la période fébrile d'un délire qui a persisté un certain temps au début de la convalescence. La malade, dans son délire, gémissait sans cesse d'être dénuée de toutes ressources, de manquer de vêtements, de nourriture, de n'avoir aucun abri où elle puisse se reposer et de voir ses enfants abandonnés sans ressources. Elle croyait errer dans la campagne, implorant la permission de se reposer dans quelque grange, etc.

Ces idées de ruine persistèrent quelque temps après la fièvre, puis disparurent après quelques semaines laissant la malade avec un affaiblissement intellectuel notable et une perte très accusée de la mémoire. Ce n'est guère qu'après plus de six mois que tous les accidents se dissipèrent et que la malade put être considérée comme guérie.

Depuis cette époque, cette femme a eu plusieurs accès de folie (le dernier à l'âge de soixante et onze ans) qui ont, chaque fois, nécessité sa séquestration et qui étaient comme la copie de celui qu'elle eut après sa fièvre typhoïde. Hérédité vésanique très chargée (Obs. LXXV).

Je n'ai aucun renseignement sur le malade qui fait l'objet de l'observation LXXXIX, si ce n'est que le délire hypochondriaque dura neuf semaines.

Remarques : Tous les cas de lypémanie se sont terminés par la guérison. Néanmoins, on ne peut s'empêcher de considérer cette forme mentale comme grave, puisque sur les quatre cas où ce renseignement est donné, il en est trois qui ont nécessité l'internement. Chez tous, la maladie mentale a eu une durée assez longue et presque tous (trois sur quatre) ont succédé à des fièvres typhoïdes notées comme très graves. Il y a eu, généralement, de la torpeur intellectuelle, un certain degré de confusion mentale, mais le délire lypémaniaque a été le symptôme prédominant.

TROUBLES DE LA MÉMOIRE

Huit observations. Dans les deux premières, l'amnésie est partielle ; dans les six autres, elle est générale.

Nous avons vu, dit Trélat, un jeune homme, très instruit, retrouver, en se rétablissant d'une fièvre typhoïde, tout son savoir, excepté celui qu'il avait acquis immédiatement avant de devenir malade. Il s'était livré alors à des études archéologiques qui l'avaient vivement intéressé et fut très peiné, en revenant à la vie, de n'en plus retrouver le moindre vestige. Il avait bien fallu en prendre son parti, quand un beau jour, et lorsqu'il allait rouvrir ses livres, tout reparut avec la rapidité d'un rideau qui se lève. Il faut dire qu'à ce moment il avait gardé la sensation d'une boule qui le gênait dans la tête et qu'il pouvait, disait-il, déplacer par de rapides mouvements (Obs. IV).

Je trouve un cas presque identique dans l'article de Homolle (1), qui a oublié d'en faire connaître les suites ; son maître, H. Roger, lui a cité l'exemple d'un grand collégien qui avait complètement oublié le latin (Obs. LXIV).

N. Guéneau de Mussy parle d'une jeune fille hystérique atteinte, dans le cours de la dothiéntérie, d'accidents nerveux graves qui mirent sa vie dans un très grand danger. Elle en sortit cependant, mais avec l'amnésie la plus complète. Elle avait quinze ans. Il lui fallut apprendre à parler et à lire. Avant sa maladie, elle savait plusieurs langues, elle fut obligée de les réapprendre. Mais ce qui fut aussi remarquable que cet oubli de connaissances acquises, ce fut la facilité et la promptitude avec lesquelles elle rentra dans leur possession. On eût dit qu'elles étaient recouvertes d'un léger voile qui se déchirait au moindre effort. Au bout de trois ou quatre mois, elle avait à peu près réparé les pertes intellectuelles que la maladie lui avait infligées (Obs. XLIV).

Jeune homme, quinze ans, très intelligent et apte à tout apprendre. Une fièvre typhoïde lui fait oublier tout ce qu'il avait appris ; il fut obligé de recommencer une partie de ses études. Mais, chez ce malade, on remarqua bientôt après des

(1) *Loc. cit.*, p. 680.

lacunes dans l'attention, le jugement, des excentricités ; plus tard, il devient aliéné. C'était un héréditaire.

Béhier a vu une jeune femme qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, était restée un an entier avec perte complète de la mémoire (Obs. XLV).

Sollier (1) rapporte les deux observations suivantes : Une jeune bonne de dix-neuf ans, très propre, très rangée, très travailleuse et très honnête, fait une fièvre typhoïde très grave. Au retour dans sa place, on constate qu'elle est devenue oublieuse des moindres détails, non-seulement pour les choses particulières, mais pour le courant ordinaire du service. Elle égarait tout, ne prenait plus soin de sa personne, n'était plus propre, ni rangée. Elle présentait, de plus, des impulsions au vol. Enfin, elle avait une légère paraplégie. Elle était triste, alors qu'elle était gaie autrefois, sans pouvoir dire, du reste, ce qui l'attristait. Elle fut obligée de quitter sa place et, quelques mois après, elle était complètement guérie et avait recouvré son ancien caractère (Obs. LXXVIII).

Le second cas est celui d'une malade soignée dans le service de Potain et qui présentait, outre une perte considérable de la mémoire, une paraplégie flasque, vraisemblablement de nature hystérique (Obs. LXXIX).

Les deux cas guérissent, ce qui montre bien, dit l'auteur, la nature essentiellement fonctionnelle de l'amnésie.

Le cas suivant est plus compliqué :

R..., vingt-deux ans, soldat, est pris, au sortir d'une fièvre typhoïde, durant une convalescence nette et tranchée, d'un délire apyrétique qui disparut peu à peu. Le malade a recouvré toutes ses forces et jouit de la plénitude de la santé, mais la mémoire a singulièrement faibli, les sens de l'ouïe et de la vue se sont émoussés et l'appareil musculaire a faibli, il éprouve quelque difficulté à marcher, à mâcher, et la voix est saccadée, alors qu'elle était nette et sans embarras. Cet état durait depuis quatre mois quand l'observation a été publiée (Obs. XXIX).

Dans ces trois derniers cas, l'amnésie s'accompagnait de la perte de la mémoire organique. Ces cas tendent à démontrer la parenté qui existe entre les cas de folie et les diverses affections du système nerveux que l'on ren-

(1) *Troubles de la mémoire* (2^e édit. 1901).

contre à la suite de la fièvre typhoïde, anesthésies incomplètes, paralysies passagères des membres, etc...

M. Sollier fait remarquer que c'est surtout chez les femmes que l'amnésie s'observe. Sur les huit cas que je viens de rapporter, quatre se rapportent au sexe masculin, quatre au sexe féminin. Il est difficile de se prononcer à ce sujet vu le petit nombre d'observations.

L'amnésie de la convalescence est généralement curable. La guérison peut survenir brusquement, comme dans les conceptions délirantes; mais c'est l'exception, la durée est généralement longue.

Je termine par cette remarque de M. Pagliano, qu'il n'a pas trouvé dans la littérature médicale d'observation nette d'amnésie rétrograde à la suite de la fièvre typhoïde, comme on en constate, par exemple, à la suite d'un traumatisme ou d'un accouchement. M. Sollier explique, par l'exemple suivant, ce qu'il entend par amnésie rétrograde : un homme fait une chute et perd connaissance. Au réveil, il n'a aucun souvenir de l'accident qui lui est arrivé. Il est frappé d'amnésie simple. Au bout de quelque temps, vous l'interrogez et vous constatez qu'il a non seulement perdu le souvenir de son accident, mais de tout ce qui s'est passé pendant les huit jours précédents (amnésie rétrograde).

M. Motet (1) aurait, dit-il, observé plusieurs cas d'amnésie consécutive à la fièvre typhoïde; mais la seule observation qu'il cite se rapporte à une amnésie coexistant avec l'affaiblissement des autres facultés; c'est un cas de démence aiguë.

(A suivre.)

(1) *Union médicale*, 1879, n° 67.

FOLIE MANIAQUE-DÉPRESSIVE

Par le D^r AFRANIO PEIXOTO

Médecin en chef de l'Hospice national des aliénés
de Rio-de-Janeiro (Brésil).

La conception de la folie maniaque-dépressive est une des belles synthèses qui font époque dans les annales de la Psychiatrie. Elle est due au professeur Emile Kraepelin, de Munich.

On entend sous cette désignation une maladie mentale, ordinairement héréditaire, qui survient fréquemment à l'âge moyen de la vie et se manifeste par des accès isolés, subintrants, intermittents, d'excitation ou de dépression, ces deux formes pures ou combinées, offrant des intervalles de santé, sans atteinte apparente de l'intelligence. C'est dire qu'elle comprend toutes les prétendues espèces cliniques appelées manie, mélancolie, folie à double forme, folie périodique, folie alterne, folie atypique, et leurs variantes en intensité et en manifestation clinique. Ce qui, d'après l'observation isolée d'un fait, ou même l'étude de la prépondérance de la phase d'un accès, était considéré comme une maladie spéciale, a été réduit au rôle d'un syndrome clinique, qui apparaît isolé ou non, et se répète ou alterne, de façon à justifier complètement le terme de folie maniaque-dépressive.

L'observation d'où découle cette synthèse n'avait pas échappé aux auteurs anciens. Arétée de Cappadoce, Hippocrate, Aetius de Sicile, Coelius Aurelianus, Alexandre de Tralles, Van Lom, Thomas Willis, Boerhave, Marchand, Ettmuller, Morgagni, Lorry, Rush, etc.,

ont insisté plus ou moins fortement sur le fait que la manie peut venir de la mélancolie ou précéder celle-ci ; Pinel, Esquirol, Dubuisson, Guislain, Griesinger, ont remarqué que ces affections sont alternantes, et enfin Falret père, Baillarger, Kirn, Billod, Ritti, ont observé qu'elles prennent une disposition cyclique et affectent un type circulaire et à double forme.

Il est superflu de mentionner tous les autres auteurs qui ont eu de semblables vues, jusqu'aujourd'hui où ces idées dominent la Psychiatrie. On doit remarquer, cependant, que toutes ces observations, à mesure qu'elles se rapprochent de l'époque actuelle, semblent indiquer dans le fait l'incidence de deux maladies diverses chez le même individu, une greffe nosologique constatée, et rien de plus. Il est donc juste de distinguer entre les auteurs mentionnés quelques-uns, qui ont eu le mérite de prévoir la conception de Kraepelin ou d'en faciliter l'élaboration.

Arétée décrit des accès maniaques et des accès mélancoliques se succédant et même se confondant ; il en donne une explication pathogénique et juge ces cas incurables, par suite des complications et des associations morbides qu'ils entraînent. Alexandre de Tralles a vu également dans la manie une transformation, avec exacerbation, de la mélancolie ; mais il a précisé plusieurs cas d'alternance et de périodicité, qu'il compare à celle des fièvres intermittentes.

Guislain a vérifié, non seulement l'alternance de la manie et de la mélancolie et le remplacement de l'une par l'autre, mais encore « une fusion complète entre ces deux phénomènes, comprenant à la fois la tristesse et la violence ». On ne saurait se référer plus clairement aux types que Kraepelin a appelés depuis *Mischzustände*.

Morel, après avoir refusé d'admettre la manie et la

mélancolie comme éléments d'une classification, les considérant seulement comme des états non permanents, car « ils ne sont que les symptômes d'une affection nerveuse éminemment transformable », n'a pas voulu davantage admettre la manie et la mélancolie circulaires comme une variété particulière d'aliénation mentale. Il fait remarquer que ce sont les aliénés héréditaires « qui nous offrent les caractères les plus saillants de l'alternance, de l'intermittence, de la périodicité et de la rémission ». En faisant ainsi de la manie et de la mélancolie les symptômes d'une affection *éminemment transformable* et en reconnaissant des aliénations héréditaires où des accès d'excitation et de dépression offrent l'alternance, l'intermittence, la périodicité et la rémission, Morel a posé le germe de la conception de Kraepelin.

Plus tard, Baillarger et Ritti, en établissant le groupe nouveau de la folie à double forme, actuellement comprise dans la synthèse de Kraepelin, ont démontré l'existence d'accès complexes, dont l'excitation et la dépression seraient des phases, se succédant immédiatement ou médiatement et associées de façon rapide ou lente.

En observant tous les faits, même les plus variés, surtout les mixtes et les agglutinés ; en étudiant profondément chacun d'eux dans son évolution ; en rejetant la méthode vicieuse d'oublier le malade, pour ériger des symptômes en conceptions de maladies, Kraepelin est arrivé à la conclusion qu'il existe une espèce de maladie mentale, à fond d'hérédité névropathique, qui se manifeste par des symptômes d'excitation et de dépression, isolés ou combinés, mêlés ou alternés, de durée, d'intensité et de disposition variables, n'entraînant pas de lésion considérable de l'intelligence et se répétant et récidivant dans le cours de la vie : cette maladie est la folie maniaque-dépressive.

ÉTIOLOGIE. — Un fait domine l'étiologie de la folie maniaque-dépressive, c'est la tare familiale très chargée en névropathie, le plus souvent homéomorphe. Sur ce point, il y a quelques divergences partielles chez les auteurs français (Magnan, Ballet, etc.) ; mais une observation plus attentive le confirmera, sans aucun doute. Je ne connais pas d'autres malades (à l'exception des idiots, des imbéciles et des débiles), qui possèdent une tare plus forte. La dégénération mentale et les psycho-névroses (épilepsie, hystérie, neurasthénie) sont presque toujours des productions d'un terrain préparé immédiatement chez les ascendants par l'alcool, par la syphilis, par les privations, par les excès ; la folie maniaque-dépressive provient surtout d'un terrain ainsi préparé depuis longtemps et où se cultive de préférence cette maladie mentale. On peut donc presque dire que la folie maniaque-dépressive, si elle ne vient pas d'une maladie semblable, vient d'un tempérament ou d'une constitution ayant une prédisposition fondamentale à sa production ; le déséquilibre a lieu sous l'influence de facteurs qui, dans le milieu, contribuent à augmenter l'accumulation des prédispositions. Lorsqu'on connaît l'évolution de la maladie, son intermittence plus ou moins espacée, sans préjudice notable de l'intelligence, et le maintien de la lucidité de celle-ci dans presque toutes les variétés cliniques des accès (à la seule exception des états d'inhibition par confusion ou stupeur), une question peut se présenter à l'esprit : pourquoi, ces malades étant si considérablement préparés, existe-t-il une si grande résistance de l'intelligence à la détérioration ? Je crois répondre à cette objection en rappelant le cas des individus originairement précaires, ceux d'origine hectique, par exemple, chez qui la tuberculose, qui les attaque plus tard, évolue d'une façon torpide, tendant à la chronicité, rare chez ceux qui sont attaqués de la

forme aiguë du mal, sans aucune prédisposition. Il se produit comme une préintoxication, qui confère aux premiers un certaine immunité relative et rend les réactions plus faibles et l'évolution de la maladie plus lente. En névropathologie même, on constate des faits semblables : dans un grand nombre de démences précoces on ne trouve pas d'antécédents héréditaires ; quelque grande que soit l'intensité du mal produit, il s'est développé dans un terrain vierge ; la dégénération, au contraire, quelques épisodes qu'elle puisse présenter, et pour les produire, on sait qu'il suffit de causes insignifiantes, permet de traverser une existence sans aboutir à la démence terminale. En ce qui concerne la tare familiale, les cas que j'ai observés m'ont conduit à la conclusion que les chiffres donnés par Kraepelin sont exacts, quoique peut-être inférieurs à la réalité : 60 à 80 p. 100 des maniaques-dépressifs sont héréditaires. D'après Weygandt, cette proportion s'élève à 90 p. 100.

J'ai dit plus haut que l'hérédité est, dans ce cas, souvent homéomorphe ; en réalité elle est non seulement homéomorphe de la maladie, mais encore, fréquemment, de la forme de celle-ci. Je connais trois femmes, la mère et deux filles, qui ont eu toutes trois des accès d'excitation-dépression absolument semblables, coïncidant avec des troubles menstruels, des grossesses et la ménopause (chez la mère). Un de mes malades est un maniaque-dépressif qui a, dans ses crises d'excitation, tantôt des impulsions agressives pendant lesquelles il mord les personnes qui l'entourent, tantôt des conceptions paranoïdes, où il invente des appareils, des théories, etc. Dans les crises de dépression, il pleure, se lamente, refuse les aliments et a des impulsions au suicide. Son aïeul maternel avait des crises maniaques et était, dans ces occasions, un disputeur insupportable ; sa mère était également maniaque et

sujette, dans ses accès, à des conceptions paranoïdes, où elle déclarait qu'elle allait épouser le roi Dom Sébastien de Portugal, dont elle était enceinte, finissant par dire qu'elle ne voulait plus vivre, par devenir sitiophobe et tomber dans une profonde dépression mélancolique ; une tante du même malade, sœur germaine de sa mère, maniaque à accès fréquents, est dans ces occasions paranoïde et souffre d'impulsions qui la portent à mordre ceux qui l'approchent ; une autre de ses tantes a déjà eu des accès espacés de manie et de dépression.

Je dois ici signaler un fait curieux : la stigmatisation des maniaques-dépressifs n'est pas aussi accentuée qu'on pourrait le supposer ; j'en ai vu plusieurs qui, bien qu'ayant des parents, oncles, cousins, frères, enfants, vésaniques de tout ordre, révèlent une apparence de bonne conformation, sans aucun des indices considérables de la dégénération. Cela permettrait peut-être de considérer la folie maniaque dépressive comme l'état de déséquilibre seulement d'une miopragie constitutionnelle du système nerveux.

Les causes occasionnelles les plus fréquentes sont les *violences psychiques* de toute nature, les affectives surtout, isolément ou par les conséquences qu'elles entraînent ensuite chez ces susceptibles : telles que les abus alcooliques, les excès, les fatigues, la privation d'aliments. La gestation, l'accouchement, la ménopause, les excès d'étude et de travail corporel, le coït immodéré, etc., favorisent ces causes sur un terrain déjà préparé.

La fréquence de la folie maniaque-dépressive est, d'après Kraepelin, de 10 à 15 p. 100 du nombre de malades admis dans les hôpitaux d'aliénés. La proportion que j'ai trouvée au Brésil est moins forte : en dix ans (1894-1903), il a été observé à l'« Hospicio Nacional de Alienados (Rio-de-Janeiro) », 6.257 fous, dont 413, soit 6,60 p. 100, étaient des maniaques-dépressifs. Le

tableau suivant montre que l'on obtient une limite exacte d'appréciation, en admettant une proportion de 4 à 10 p. 100.

TABLEAU I

	Aliénés traités.	Folies mania- ques-dépressives.	Pourcen- tage. p. 100.
1894.	424	29	6.9
1895. :	606	35	5.8
1896.	624	47	7.6
1897.	703	49	7.0
1898.	709	53	7.5
1899.	697	26	3.9
1900.	614	37	6.2
1901.	607	57	9.6
1902.	616	49	8.0
1903.	657	31	4.8
Total. . .	6.257	413	6.6

Sous le rapport des sexes, contrairement à ce qui a été observé en Europe, où il y a excès de femmes, il existe au Brésil une légère différence en faveur des hommes :

Sur 2.426 femmes aliénées, 151, soit 6,20 p. 100, étaient maniaques-dépressives ;

Sur 3.831 hommes aliénés, 263, soit 6,8 p. 100, étaient maniaques-dépressifs.

L'âge de prédilection, selon les chiffres que j'ai obtenus, est compris entre vingt et quarante ans. Cette période de la vie fournit plus de la moitié des cas (54 p. 100) ; au-dessous de vingt ans, la proportion est d'un peu plus d'un huitième (13 p. 100), et au-dessus de quarante ans, de moins d'un tiers (32 p. 100). Kraepelin précise la période comprise entre vingt et vingt-cinq ans comme l'époque de la plus grande fréquence de la folie maniaque-dépressive ; en comparant ces chiffres, et surtout ceux de Weygandt, avec les chiffres trouvés au Brésil, j'ai vérifié que, jusqu'à l'âge de vingt ans, nous avons beaucoup moins de maniaques-

dépressifs qu'en Allemagne, tandis qu'après l'âge de quarante ans nous en avons beaucoup plus.

Au Brésil, les diverses races contribuent d'une façon inégale à la folie maniaque-dépressive : plus de la moitié des cas appartiennent à la race blanche (exactement 53 p. 180), plus d'un quart, ou 28 p. 100, aux races métisses et plus d'un sixième, soit 19 p. 100, à la race noire.

Enfin, le tableau suivant indique les rapports de la folie maniaque-dépressive avec les autres espèces morbides. Je ferai observer, toutefois, qu'il s'agit d'un service d'hommes dans un hospice où, exception faite de l'alcoolisme, les cas aigus sont rares, tandis que les démences abondent.

TABLEAU II

	Pour 100.
Idiotie	4,50
Imbécillité.	2,50
Débilité mentale	2,25
Neurasthénie.	8,25
Hystérie.	0,75
Epilepsie	13 »
Dégénérescence inférieure	7 »
Paranoïa.	1,25
Alcoolisme.	28 »
Psychoses infectieuses. { Syphilis	3 »
{ Malaria	0,58
{ Délire aigu fébrile	0,25
<i>Folie maniaque dépressive</i>	9,50
Mélancolie d'involution	0,50
Démence précoce.	13,05
— sénile	1,05
— paralytique	4,50
— terminale.	4,50

PATHOGÉNIE. — Depuis Arétée jusqu'à Meynert, l'explication du processus des manifestations morbides de la folie maniaque-dépressive n'a guère fait de progrès. « Tant que le mal réside dans les hypocondres et que sa cause opère seulement dans les environs du diaphragme et que la bile a libre sortie en haut et en bas, le malade est simplement mélancolique ; mais si cette

cause agit sympathiquement sur le cerveau, l'excès de tristesse se change en joie et en rire immodérés, qui durent une partie de la vie. Les mélancoliques deviennent ainsi maniaques, plutôt par le progrès que par l'intensité du mal. » Cette dernière phrase d'Arétée mériterait peut-être d'être conservée, avec une légère modification. Plusieurs siècles plus tard, Billod n'est pas plus clair. Il explique que les mélancoliques s'excitent « comme pour détendre leurs nerfs en état de saturation du fluide » et qu'au contraire, le maniaque se déprime parce que « dans la phase de manie, le système nerveux s'est débarrassé d'un excès d'innervation, l'émission a pu aller au delà de la quantité excédente, et que par suite, la dépression a dû succéder à l'excitation ».

Meynert a voulu tout expliquer par une perturbation trophique vasculaire. De l'hyperémie encéphalique, attribuée aux accès d'excitation, et de la prétendue anémie des mêmes centres dans les phases de dépression, il a conclu, comme pathogénèse, à une altération périodique de l'innervation vasculaire : le spasme vasculaire prolongé de la période mélancolique serait suivi d'un relâchement vasculaire, produit par la fatigue et provoquant les crises maniaques.

Kraepelin fait ressortir le manque de démonstration de ces prémisses et l'impossibilité d'expliquer de cette façon les états mixtes. Weygandt fait une vague allusion aux actes physiologiques d'évolution périodique, tels que le sommeil, la menstruation, l'impulsion sexuelle, le rut, l'hibernation. Il ne donne pas de conclusion, et ne saurait en donner ; en effet, si dans ces cas, « il ne s'agit pas d'une loi physique aussi régulière que celle qui régit, par exemple, les processus périodiques du système solaire », on ne peut davantage comparer les fonctions périodiques mentionnées plus haut

aux accès de la folie maniaque-dépressive qui, même quand elle est cyclique, est d'une périodicité plus que relative. En un mot, dans l'état actuel de la psychologie normale et de la psychologie morbide, une pathogénèse de cet ordre est du pur empirisme.

SYMPTOMATOLOGIE. — La folie maniaque-dépressive est une dyscénesthésie. Elle consiste fondamentalement en une perturbation du tonus vital, dont l'humeur est la traduction apparente : les faits de l'intelligence, les hallucinations, les erreurs sensorielles, les interprétations délirantes, lucides ou inconscientes, sont rares. Peu importe l'apparence diverse des cas extrêmes, de l'exaltation maximum à la dépression absolue, parce que le mécanisme de leur production est le même, leurs manifestations étant seulement inverses, et que les phénomènes essentiels sont constants.

C'est une erreur de supposer que les fonctions physiques et psychiques s'exaltent chez les maniaques et qu'elles se dépriment de façon correspondante chez les mélancoliques : chez les uns comme chez les autres, elles sont au-dessous de la normale, bien que l'apparence favorise cette supposition en ce qui concerne les premiers. Tout prodigue d'action et d'intelligence que semble le maniaque, il n'en est pas plus intelligent. Toulouse a vérifié la dynanométrie inférieure, même dans ces états. Un de mes malades, qui avait peur de casser le dynamomètre quand je lui donnai l'ordre de le presser, obtint un chiffre dérisoire, eu égard à sa jactance. Féré a vérifié des cas identiques. La pression sanguine baisse dans ces accès et, avec elle, le tracé du poulx (Pilcz). Le poids du corps diminue dans les phases maniaques (Pilcz). La perception ou attention active est difficile et toujours inférieure à la normale (Kraepelin). L'association des idées est affaiblie et défectueuse

(Kraepelin, Weygandt) et la mémoire troublée ne sert plus à diriger l'activité dans un sens utile (Féré). La suractivité intellectuelle apparente est une simple manifestation de l'automatisme cérébral (Moreau de Tours).

L'hyperidéation maniaque est irréelle, et rien n'est plus faux que l'expression *fuite d'idées* qui s'est perpétuée dans les descriptions cliniques : ce ne sont pas des idées que l'excitation maniaque produit, ce ne sont que des images verbales se succédant, sans interruption et irrégulièrement, au gré d'associations mal faites, ou même, dans les cas extrêmes, de simples assurances. Un de mes malades, qui prononce en ces occasions un nombre extraordinaire de mots, les groupe indistinctement, en ne prenant pour guide que la désinence homophone, par exemple : « *sempre vive, em Ninive, nunca tive* » ; « *matrimonio, de santo Antonio, patrimonio, do demonio* ». (Il vit toujours, à Ninive, je n'en ai jamais eu ; mariage, de saint Antoine, patrimoine du démon.) D'un autre malade j'ai entendu le jargon dont voici la traduction littérale :

« Mon père a dit que j'étais fou, je n'ai point affaire avec un avocat, car je suis sorti pour faire des emplettes, j'ai rencontré le major Quintino, je lui ai fait le salut militaire, je suis officier, je n'ai pas d'associés, je suis du conseil préfectoral, je n'ai rien à voir avec votre cité ouvrière, devant un vagabond, en jouant un opéra, j'ai renversé du pied l'éventaire, en me chauffant les pieds, à sept fourneaux, prêtez-moi, s'il vous plaît cette clef, rétrécir cette boutonnière de mon paletot, arrêter quelqu'un à Pernambuco, on ne plaisante pas avec des officiers, surtout avec des chanteurs, une fille de boutique, une locomotive scufflant du feu, la police est arrivée, l'enfant remuait, je suis venu, j'ai sauté dans le panier parce que vous m'avez tiré trois coups de fusil, etc... »

Toutes ces circonstances prouvent seulement la diversité apparente entre les manifestations maniaques et les manifestations mélancoliques dont la base est la même. Des altérations profondes de la cénesthésie, opérées dans un terrain préparé par des causes dont le mode d'agir nous échappe jusqu'à présent, déterminent des états d'humeur variés, à structure commune, mais d'apparence polymorphe. Il est superflu de décrire ici ces syndromes cliniques de la manie et de la mélancolie dans toute leur gamme d'intensité et tous leurs caractères ; cela ne rentre pas dans le cadre de cette étude et la lacune est facile à remplir.

Dans leur diversité apparente, les formes de la folie maniaque-dépressive ont entre elles des connexions si étroites qu'elles constituent certainement le meilleur argument en faveur de la synthèse de Kraepelin. On doit tout d'abord constater la rareté extrême des types purs d'excitation ou de dépression. Il suffit d'avoir observé quelque peu des aliénés pour être immédiatement frappé de l'absence presque complète de ces cas ; la manie pure, classique, existe cependant, et j'ai eu la bonne fortune de voir un cas où je n'ai jamais observé le moindre mélange dépressif. Dans tous les autres cas, j'ai toujours vu les malades, agités, colères, loquaces, agressifs, terminer leurs scènes ou les interrompre par l'émotivité facile, les larmes, les lamentations, les attitudes suppliantes et même des impulsions au suicide, pour retomber bientôt après dans l'excitation antérieure.

Outre la rareté des accès purs, il faut remarquer la rareté plus grande des accès uniques : Hinrichsen a compté 4,7 p. 100 de cas sans récurrence, après l'intervalle de vingt ans ; Weygandt en a trouvé 4 p. 100 et Taalman un peu moins. Sur 107 maniaques examinés, ce dernier auteur n'a observé que 4 accès uniques de

manie. Sur 2.400 cas, Meyser n'a trouvé que la proportion de 1,3 p. 100 et Kraepelin sur 1.000 malades n'en a pas trouvé un seul cas. Je n'en connais qu'un seul, aussi. Pas d'argument plus convaincant.

Les cas purs de répétition sont également très rares : les prétendues manies et mélancolies périodiques sont des types d'accès maniaques-dépressifs communs, à prédominance de manie ou de mélancolie. Ce terme *prédominance* sert parfaitement à désigner le caractère de la plus grande partie des accès maniaques-dépressifs. L'observation montre, en effet, que les accès maniaques et les accès mélancoliques, comme on les appelle communément, sont des crises d'excitation mêlées de phénomènes dépressifs et vice-versa ; les uns et les autres sont par conséquent des accès à prédominance maniaque ou à prédominance dépressive. Il ne s'agit pas, bien entendu, des périodes d'un accès, soudées les unes aux autres, selon l'expression heureuse employée par Ritti en traitant de la variété à double forme, mais seulement d'une ingérence habituelle qui fait ressortir le contraste, dans l'exaltation ou dans la dépression.

Schématiquement les types cliniques de la folie maniaque-dépressive peuvent se distribuer comme il suit :

Types cliniques.	Types purs : très rares.	1. Types simples (manie simple et mélancolie simple) : très rares.
		2. Types répétés (manie intermittente et mélancolie intermittente) : très rares.
	Types à prédominance : fréquents.	3. Types à prédominance, simples : très rares. 4. Types à prédominance, répétés : la presque généralité des cas. 5. Types à prédominance, alternés : très rares.
	Types mêlés : rares.	Stupeur maniaque, dépression agitée, manie inhibée, formes atypiques : rares.

Comme la description des qualités fondamentales du syndrome dominant peut offrir quelque intérêt, c'est ici le lieu de classer ces divers états selon leurs caractéristiques cliniques :

Manie.	{	<i>Mania mitissima, mitis</i> (Hoche, Hecker).
		Hypomanie (Mendel).
		Manie classique, manie moyenne.
		Manie délirante.
		Manie colérique (Weygandt).
Mélancolie.	{	Manie grave, agitée, confuse, hypermanie.
		Dépression simple (Kraepelin), tristesse passive.
		Dépression hallucinatoire et délirante (Kraepelin), mélancolie hypocondriaque (Guislain), mélancolie ou tristesse active.
		Dépression stuporeuse (Kraepelin, Weygandt), mélancolie perplexe (Lasègue), mélancolie stupide.
		États mixtes. <i>Mischzustände</i> (Kraepelin, Weygandt).

Pour éclaircir cette question des types à prédominance, je crois devoir ajouter ici quelques données statistiques à celles que j'ai indiquées plus haut. Sur 413 maniaques-dépressifs, à la seule exception de 4 cas distribués dans les autres types, 408 étaient des types à prédominance, se répartissant comme il suit : 291 cas (183 hommes et 108 femmes) à prédominance mélancolique, et 118 (77 hommes et 41 femmes) à prédominance maniaque. Sur 100 aliénés, il existait donc 1,9 maniaques et 4,7 mélancoliques. Le rapport entre la prédominance maniaque et la prédominance mélancolique était par conséquent de 1 : 2, 46. Ce résultat est curieux, parce que quelques statistiques étrangères donnent la prééminence à la manie, tandis que les statistiques russes de Soukhanoff et de Gannouchkine donnent une importance beaucoup plus grande à la mélancolie : 1 : 7.

Avant de terminer ce chapitre il est important de rechercher quel est l'état mental ordinaire dans les intervalles des accès maniaques-dépressifs : la Psy-

chiatric française avec Falret, Baillarger, Magnan, Ballet, etc., permet de supposer le retour à l'état normal dans ces intervalles, du moins quand ils sont espacés; mais la Psychiatrie allemande, avec Krafft-Ebing, Schuele, Kraepelin, Weygandt, etc., n'accepte pas cette opinion et fait remarquer la permanence de quelques constantes d'infériorité hygide. Energie psychique diminuée, irritabilité exagérée, émotivité très facile, impulsivité très prompte, ces faits, que l'on peut vérifier à chaque instant, plaident contre le prétendu retour à l'état normal, et l'observation des maîtres allemands cités plus haut me paraît irréfutable, en clinique. Je n'ai pas encore vu un de ces malades qui soit revenu à l'état normal, si tant est qu'il l'ait jamais connu; le tonus abattu chez les uns et exalté chez les autres, ceux-ci susceptibles et méfiants, ceux-là francs et grossiers, c'est ainsi que je les ai toujours observés.

DIAGNOSTIC. — Quand on n'a pas à juger un premier accès, les accès précédents, leur histoire, les espaces intervallaires et l'observation rapide du patient indiquent immédiatement le diagnostic.

S'il s'agit de la première attaque, les difficultés peuvent être considérables. Même en mettant en ligne de compte l'instabilité d'humeur, l'agitation psychomotrice, l'incohérence d'action, la dispersion de l'attention, l'abondance et le pêle-mêle des images verbales, la rareté des hallucinations, la conservation de la lucidité et de l'orientation, dans les états exaltés; et la tristesse active ou passive, l'arrêt psycho-moteur, l'absence de l'activité spontanée, la concentration interne de l'attention, la pauvreté d'idées, la monotonie de l'expression, la conservation de la lucidité et de l'orientation, dans les états dépressifs, le diagnostic n'est pas toujours facile.

Je ne parle pas de cas de délire alcoolique et de paralysie générale, où les vérifications somatiques peuvent lever immédiatement tous les doutes. Deux ordres de perturbations mentales sont de nature à faire hésiter le clinicien : ce sont la démence précoce et la mélancolie d'involution. La démence précoce, dans ses formes hébéphrénique, catatonique et même paranoïque, embarrasse le diagnostic.

En un grand nombre de cas, la forme hébéphrénique a de telles ressemblances avec la folie maniaque-dépressive que je crois que le nom de forme maniaque-dépressive de la démence précoce lui conviendrait mieux. Kraepelin, d'ailleurs, ne pense pas autrement, puisqu'il parle de formes *dépressives* de l'hébéphrénie, et Deny lui donne pour autre nom celui de forme *maniaque*. Bien qu'on dise que, dans ce cas, la lésion de la cénesthésie est beaucoup moins apparente, que les erreurs sensorielles et les conceptions délirantes sont beaucoup plus fréquentes et les lésions de la conscience très profondes, la distinction est réellement, plusieurs fois, fort difficile dans les premiers examens.

La stupeur catatonique et la mélancolie stupide sont séparées par le négativisme, les stéréotypies, les tics, la suggestibilité, la *flexibilitas cerea* de la première et l'arrêt psycho-moteur de l'autre.

Les délusions qu'entraîne l'exaltation maniaque et qui sont un caractère distinctif de la mélancolie hypochondriaque, reposent presque exclusivement sur les altérations de la cénesthésie, et sont toujours les mêmes et monotones. Elles sont constamment tournées vers l'individu dans la mélancolie, variées, brillantes, incohérentes et sans importance, même aux yeux du malade, dans l'exaltation maniaque ; tandis que les délusions absurdes de la forme paranoïque n'ont l'apparence ni des unes ni des autres et ne s'installent pas

dans les états émotionnels d'expansion ou de dépression qui constituent le fond des délusions maniaques-dépressives.

La mélancolie d'involution que Kraepelin a séparée nettement des dépressions mélancoliques qui nous occupent, survient dans la période décadente de la vie sans l'inhibition ou la diminution psycho-motrice et intellectuelle, sans les profondes lésions de la cénesthésie, mais avec des crises d'angoisse, des idées de négation, d'énormité, d'auto-accusation, des délusions très enracinées et une tendance accentuée à la démence. Cependant, beaucoup de cas de manie stupide ou de manie confuse ou improductive peuvent affecter des ressemblances avec des caractères moins précis de la mélancolie d'involution.

PRONOSTIC. — Le pronostic se résume à savoir que les accès sont transitoires, de durée variable, et ont entre eux des espaces plus ou moins longs, où persistent des différences d'humeur et des lésions de l'intelligence légères, mais plus accentuées à chaque nouvel accès. Il est impossible de prévoir le nouvel accès, si ce n'est dans les formes circulaires, qui n'ont pas, toutefois, la régularité théorique qu'on leur a prêtée. Quand il n'est pas dans le déséquilibre de son accès, le maniaque-dépressif se trouve donc dans un équilibre instable tendant à un nouvel accès.

TRAITEMENT. — L'internement et l'isolement consécutif ont un effet excellent dans les crises aiguës, en tous les cas. Les bains permanents, le lit, les sédatifs, principalement les bromures, les hypnagogues, préféralement le véronal, et surtout l'hyoscine et l'hyosciamine — ces camisoles de force chimiques — sont fort utiles dans les périodes d'excitation. Les bains froids, le

lit, l'opium, la quinine, la strychnine, les purgatifs et les eupeptiques visent les périodes de dépression.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'anatomie pathologique est une page encore en blanc dans l'histoire de la folie maniaque-dépressive ; les moyens d'appréciation sont grossiers et la science est encore en retard à ce sujet.

Médecine légale

QUELQUES MOTS

SUR

LES EXHIBITIONNISTES

Par le Dr HOSPITAL

Ancien médecin en chef de l'établissement de Sainte-Marie,
à Clermont-Ferrand.

Lasègue créa, il y a assez longtemps, une entité pour ces intéressants individus. J'en ai observé plusieurs, soit comme médecin-légiste, soit à l'établissement; enfin certains cas curieux m'ont été communiqués par des témoins dignes de foi : j'ai toutes ces observations dans mes notes. On peut les diviser en platoniques et en pornographiques.

Les premiers sont décents, ils n'exhibent que leur personne immobile, silencieuse, toujours à la même heure et au même coin de rue pour tâcher de se faire remarquer de leur dulcinée qui finit bien à la longue par s'apercevoir de la présence horaire de cet inévitable « dien terme », qui parfois marmotte quelque mots au passage de la belle; un regard le comble de joie, « l'ina-perçn » le plonge dans le désespoir, sans le décourager. Jusque-là rien ne dépasse « Almaviva au balcon de Rosine ». Mais bientôt la dame ou demoiselle prend peur; un vague instinct de danger l'avertit, elle change d'itinéraire; peine inutile, l'inévitable,

comme le « spectre de Banco », est encore là ; la famille intervient et parfois la justice aussi. Il y a quelques années, on me conduisit un jeune paysan marié et dans l'aisance, tombé amoureux fou de la servante d'un bourgeois du bourg. Il employait tous les moments disponibles, à se planter immobile comme un sphinx en face de la demeure du dit bourgeois. On le conduisit à Sainte-Marie pour attiédir en lui les feux d'Eros ; sorti assagi quelque temps après.

Les seconds sont tout simplement dégoûtants et bien entendu dangereux. Les uns s'adressent au public, aux enfants, à leurs camarades ; ce sont les plus sadiques ; d'autres aux femmes en général, d'autres aux enfants des deux sexes. Un fonctionnaire que j'ai connu, et qui avait été simple soldat, me disait qu'à la caserne, plusieurs fois, il avait vu de ses camarades, exhiber leur « phallus » à travers les fenêtres quand des femmes passaient. Un jeune soldat de bonne famille, faisant son service militaire, m'a affirmé qu'un soir ses copains avaient en chœur exhibé leur « phallus »...et le reste, avec accompagnement de plaisanteries d'un goût plus que douteux. Il n'est pas excessivement rare de voir un garnement, « *mingentem juxta parietem* », mettre à cette opération le moins de décence possible, quand au détour d'un chemin rural apparaît une pension d'enfants en promenade. Il n'est pas rare non plus d'apprendre que des jeunes gens montrent leur nudité devant des enfants et même des enfants entre eux. Le juge d'instruction m'apprit que X..., célibataire entre deux âges, venait d'être surpris fornicant avec une femme en présence de quelques enfants, le tout assaisonné de paroles et préceptes à l'ave-nant ! J'allais l'examiner, quand la mort de l'intéressé termina l'instruction. Les pédérastes, paraît-il, ont parfois recours au même moyen pour attirer la clientèle. Il est assez fréquent que l'exhibitionniste s'adresse à une

seule femme, mais pas toujours à la même ; parfois il commence par la première venue. Un campagnard de trente-quatre ans, non marié, ce qui est rare à la campagne et doit déjà attirer l'attention de l'expert médical, se prit un jour à montrer ses « formes » à des femmes, cherchant ensuite à les posséder de force ; dans les dépositions de ces témoins, il y a un fait curieux : les vieilles disaient : « Il m'a montré sa nature », les jeunes disaient : « Il a sorti sa flamme » ; condamné avec atténuation basée sur entendement médiocre. — On me conduisit à l'établissement, un pauvre diable qui avait pratiqué à Paris vingt professions inconnues, si ce n'est de Privat-d'Anglemont peut-être, le spirituel auteur des « métiers inconnus », et qui y avait gagné quelque argent ; sur le point de perdre le fruit de ses économies, il commença par perdre la tête, « un malheur n'arrive pas seul, et les événements se produisent par paire », avait dit le sage Salomon. Son état mental était pornographique et cynique à faire rougir Restif-de-la-Bretonne ; il sortait son « phallus » en disant : « Je vous présente M^{lle} Cocodette, elle est à votre disposition. » Peu après, cependant, il versa dans l'opposé et fut envahi de ferveur mystique, passant ainsi du nadir au zénith ; puis enfin il se rétablit et n'a pas rechuté. Il est vrai qu'entre temps il avait appris la récupération de la majeure partie de ses intérêts, ce qui, je le soupçonne, contribua plus à sa guérison que mes douches et mes bromures. — Un paysan dégénéré et *minus habens*, fut interné à Sainte-Marie, par suite d'excès bachiques, pour y réfléchir sur les inconvénients de l'abus du jus cher à Silène. Je surpris en lui une singulière manie : de temps à autre, il s'administrait deux ou trois claques sur son « inexpressible », puis aussitôt portait sa main sur ses parties à travers son pantalon mal boutonné, sans s'inquiéter du « qu'en

dira-t-on ». — En ce moment, j'ai un paysan jeune et robuste ; ses paroles sont dolentes et extrêmement diffuses ; c'est un récit confus où il y a de tout, même du mysticisme, de tout « sauf de l'érotisme ». Chaque matin il continue son boniment malgré les doléances des autres, et l'inattention, et l'agrémente d'un déculottage, qui offre aux assistants le type du « repos » en disant : « Je ne peux satisfaire « au féminin » ! Le soir, il recommence, sans s'inquiéter du « schoking » et sans tenir compte des plaisanteries des uns et de l'indignation des autres. C'est évidemment un exhibitionniste d'un genre particulier ; j'ai examiné ses organes, je n'y ai rien trouvé d'anormal.

Je ne citerai pas les idiots, les déments, les délirants aigus ou généraux, les épileptiques en « aura », les paralytiques dont quelques-uns se..... sans s'inquiéter du public. Leur inconscience les met à l'abri de la critique et de la responsabilité.

On m'a également indiqué certains exhibitionnistes, fort responsables à mon avis, « exerçant » dans la presse des « quenes », à la porte des théâtres.

Mon savant ami et collègue M. le Dr Nolé, directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban, en Lozère, m'a fait passer, sur le sujet que je traite, une « observation » pour ainsi dire typique ; malheureusement elle est trop étendue pour trouver place ici. Son malade (trente-quatre ans), car il l'était réellement, obéissait à une impulsion irrésistible, contre laquelle il avait vainement essayé de réagir, en comprenant la confusion et le danger de sa conduite ; de plus, son exhibitionnisme se passait « au repos et sans suite » sous des vêtements extérieurs, souvent le soir, et par conséquent à l'insu de la personne visée ; malheureusement, il n'avait pas toujours été aussi prudent, et s'était fait pincer. Déclaré irresponsable.

Y a-t-il des femmes exhibitionnistes? Oui, mais d'une toute autre manière que les hommes. Sans parler des « lesbiennes » ou des « aulutrides » qui ne sont pas exhibitionnistes, comme les malades-hommes de Lasègue et qui « exercent » par métier et plus ou moins en « catimini », on m'a cité : que des femmes n'hésitaient pas, dans un but libidineux, à se présenter en phryné devant des adolescents, même des enfants, parfois des vieillards. J'ai en ce moment un gamin microcéphale épileptique, et plus vicieux qu'inintelligent ; employé dans une auberge, il y a appris à boire et, m'a-t-on dit, des femmes de mauvaise vie se sont troussées devant lui. J'ai bien ouï dire également que certaines femmes de chambre et bonnes d'enfants ne conservaient pas toujours à l'égard de leurs pupilles la réserve de la chaste Suzanne. Plus d'une fois des femmes, n'étant plus jeunes, ont paru en « adamique » même sans fenille de vigne ou de figuier, pour vaincre la timidité d'un adolescent et décider leur triste victoire. Dans mon établissement j'ai plusieurs fois observé de vieilles hystériques moitié démentes, se trousser sans vergogne au passage du personnel médical, ou de quelques employés, et d'autres plus jeunes dans la même circonstance se rouler sur un banc, de manière à relever les habits : « *proh pudor!* » Pour les démentes et nymphomanes, même irresponsabilité que pour le sexe masculin.

Il y a bien peu de villes de province, où tout le monde se connaît plus ou moins, où il n'arrive parfois le scandale suivant : un particulier riche, original, solitaire, souvent aperçu dans des rues tortueuses, soit qu'il ait commis quelque imprudence, soit qu'il ait évoqué des projets de chantage, soit enfin qu'un ennemi caché ait profité de certaines circonstances pour l'accabler, apprend un jour qu'il est taxé d'exhibitionnisme, fût-il

un huitième sage de la Grèce ! La chose le plus souvent n'aura pas de suite, si elle ne repose sur rien ; mais ça n'en sera pas moins pour lui tache d'huile, qui ne s'effacera jamais. — Un homme ivre peut être exhibitionniste temporairement, par défaut de précautions décentes, dans son ivresse ne sachant plus ce qu'il fait. Même observation pour les épileptiques de grand et surtout de petit mal ou larvé ; j'en examinai un, et j'eus assez de peine à l'innocenter. Un traumatisme sur la tête peut produire un instant d'égarement avec exhibitionnisme inconscient ; enfin un extrême besoin de miction, peut ne pas vous laisser le temps de prendre les précautions nécessaires, mais là, il n'y a qu'à s'expliquer.

Bien que les auteurs contemporains seuls aient donné entrée à l'« exhibition » dans la nosologie et dans la médecine légale, qui nous dit que ce vice n'est pas aussi ancien que le monde ? Dans l'antiquité païenne les génitoires s'appelaient « parties-nobles », tandis que le christianisme plus décent les étiquetait : « parties-hontenses ». On avait alors le culte de l'esthétique du nu ; un peuple de statues nues se montrait aux regards ; on voyait couramment, ce qu'on voit encore aujourd'hui dans la galerie des antiques du Louvre, « l'hermaphrodite en rut ». Dans un album illustré des statues grecques, fort ancien, que j'ai autrefois feuilleté, on voyait un Priape dont le phallus descendait presque jusqu'aux genoux. Les bas-reliefs, les vases sphyntriaux, les poteries, les peintures représentaient des scènes d'une révoltante obscénité ; le musée secret de Naples en recèle de curieux échantillons ; les bijoux eux-mêmes revêtaient des formes plus ou moins naturalistes. Devant une morale si différente de celle de l'Occident, l'exhibition ne pouvait avoir la gravité immorale, que justement nous lui attribuons. Au moyen âge, plusieurs églises exhibaient des sculptures

à sujets risqués pour montrer aux fidèles la laideur du péché ; à mon humble avis, c'était bien imprudent : les pudibonds ne regardaient pas, les autres regardaient trop ; il ne faut pas jouer avec le feu, et l'exhibition du vice est toujours dangereuse ; c'est à telles enseignes, qu'il faut toujours être très réservé dans les interrogatoires des enfants, afin de ne pas éveiller leur attention sur des sujets de mœurs, qu'ils ignorent peut-être encore : « *Summa reverentia debetur pueris* » et présentement il faut bien le reconnaître nous ne sommes plus au temps où à Lacédémone on montrait en public des esclaves ivres pour édifier les jeunes gens. « Voilà comme je serai demain », disait un pochard d'après le crayon de Gavarni, en voyant passer des gens en goguette.

Si, des exhibitions « naturelles », nous passons à celles qui par l'iconographie, la statuaire, le dessin, la charge, le modelage, sont de nature à les encourager, nous critiquerons : les musées d'anatomie de foire où on ne devrait admettre que les hommes faits ; une certaine Presse illustrée, trop même, qui représente des sujets tellement croustillants, que le voile épais de la vertueuse Pénélope ne saurait les dissimuler. Le sénateur Béranger s'est élevé avec indignation contre l'étalage de toute cette pornographie qui corrompt la jeune France ; a-t-il réussi ? j'en doute.

Dans certains cafés chantants, les chansons y sont fort risquées, accompagnées de gestes et attitudes qui le sont plus encore ; et les photographies secrètes, et les cartes transparentes, et certains stéréoscopes, et les hygroscopes à surprise, et les cinématographes de poche ! Que sais-je encore. Allons-nous donc revenir au temps de la Rome décadente, alors que dans les cirques, les intermèdes étaient remplis par des enfants déguisés en satyres qui faisaient le simulacre des saturnales et

des priapées, et que les histrions et les mimes, par leurs postures se révélaient les précurseurs de l'Arétin ! Triste ! Oh voulez-vous que nos enfants jettent les yeux ! Même au théâtre et aux divers exercices chorégraphiques, c'est encore l'âme d' « Eros » qui anime tout cela.

Quant à la littérature, à une certaine s'entend, il y aurait beaucoup à dire ; je préfère me taire, et vous ne voulez pas que de tout cela il ne soit pas sorti des exhibitionnistes !

Revenons maintenant sur le terrain de la médecine légale. Comme nous l'avons dit plus haut, pas n'est besoin de s'arrêter aux apsychiques, initiaux ou acquis, à certains épileptiques, aux prodromiques de la paralysie générale, dont cet épiphénomène, ainsi qu'une certaine kleptomanie, sont de sérieux indices qu'il faut prendre en considération en vue du pronostic et de la responsabilité. Parlons rapidement de l'exhibitionniste responsable ; il ne présente aucune tare appréciable, si ce n'est du « sens moral » ni des indices des névroses et psychoses précitées ; il en est même parfois de fort intelligents ; il sait ce qu'il fait puisqu'il « exerce » dans les lieux solitaires ; il prend ses précautions pour n'être pas pris, il a donc la perception de sa culpabilité et de la pénalité qu'elle entraîne ; pris au piège, il balbutie des excuses, souvent insoutenables, malgré son habileté ; ce sont des dégénérés moraux, chez lesquels l'entraînement d'une imagination perverse l'emporte sur la prudence et la raison, qu'aucun raisonnement ne peut amender, que les condamnations même corrigent rarement, ce sont des instinctifs du vice et de la dépravation qu'ont préparés à la salacité, des débauches antérieures. La satisfaction d'un vice est-elle une maladie ? Nous irions loin dans cette voie. Ils auront beau dire que c'est plus fort qu'eux, l'ivrogne aussi, cherche à s'atténuer par des allégations identiques, et en général tous les

viciens ; est-ce une raison pour les innocenter et faire payer aux femmes et aux enfants les conséquences d'une dépravation lors même qu'elle serait la résultante d'une constitution psychologique spéciale ? Responsables.

Nous voilà arrivé à l'exhibitionniste irresponsable, ou plutôt disons « atténuable » ; à celui que Lasègue a doté d'une entité particulière ; certes ils existent, et la plupart des cas que j'ai cités plus haut sont dignes d'y être rangés. En résumé, ce sont des dégénérés psychiques, le plus souvent timides avec les femmes, solitaires, étrangers aux causes excitatrices autres que celles que leur suggère leur imagination, active sur ce point, dans un cerveau obtus, arrêtés ils ne savent trop que dire, et parfois se laissent condamner sans faire d'observation.

Nous devons donc y regarder de très près quand il s'agit de fixer la responsabilité d'un exhibitionniste ; il faut surtout nous défier de deux choses : le chantage, qui trouve à s'insinuer dans toutes les affaires de mœurs, et les aveux de l'inculpé, qui dans les cas de sénilité et de confusion mentale ne signifient rien ; il faut se défier aussi de la manière dont les faits se sont passés ; comme je le disais plus haut, un homme ivre qui n'aura pas pris les précautions nécessaires de décence n'est pas un exhibitionniste ; si le sujet est bien un exhibitionniste pornographe, tel que Lasègue l'a compris, selon l'état actuel de son intelligence, faible ou déjà atteinte, selon les tares, irresponsabilité, ou responsabilité atténuée. Il en est des exhibitionnistes, comme des vols à l'étalage, dont j'ai observé plusieurs cas, et dont il ne faut prendre en atténuation qu'une faible proportion, de même que certains crimes passionnels, qu'il ne faut pas trop se presser d'excuser, avant tout au moins y avoir regardé de très près.

Revue critique.

D'UNE

PRÉTENDUE ENTITÉ MORBIDE

DITE DÉMENGE PRÉCOCE ⁽¹⁾

Par le Dr Victor PARANT

Médecin directeur de la Maison de santé de Toulouse.

La question de pathologie mentale mise à l'ordre du jour du dernier Congrès de médecine mentale était intitulée : *Des démences vésaniques*. Le rapport que notre très distingué confrère, M. le Dr Deny, avait accepté de faire sur cette question, aboutit en quelque sorte aux conclusions suivantes : « Il n'y a pas de démences vésaniques, ou pour mieux dire, ce à quoi jusqu'ici on a donné ce nom, n'ayant par soi-même aucune existence propre, n'étant que la terminaison de diverses vésanies, doit être décrit en même temps que celles-ci et cesser de former un chapitre à part dans les descriptions didactiques sur les maladies mentales. D'autre part, il y aurait une entité morbide, à laquelle on propose de donner le nom de démence précoce, qui, englobant un certain nombre de manifestations décrites jusqu'ici isolément les unes des autres, devrait désormais être considérée comme la démence vésanique par excellence, prenant la place de tout ce qu'elle fait disparaître ou se l'assimilant. »

(1) Lu au Congrès des aliénistes et neurologistes, à Pau, août 1904.

La première partie de ces conclusions ne donne lieu, dans le rapport de M. le D^r Deny, qu'à de courtes considérations qui, à certains égards, sont justes. On peut cependant leur objecter que, si la démence est la terminaison de diverses vésanies, il peut néanmoins être utile de la décrire isolément afin d'y condenser les manifestations communes aux vésanies d'où elle provient et éviter ainsi des redites fastidieuses.

Le rapport, d'autre part, s'est longuement étendu sur ce qu'on s'est mis à appeler la démence précoce ; il lui est consacré presque tout entier ; il lui accorde donc une grande importance. Nous voudrions ici suivre le rapporteur là où il a voulu nous mener, et voir avec lui ce qui en est de cette soi-disant forme morbide.

La conception dont il s'agit est d'origine allemande. On a déjà beaucoup écrit à son sujet et la multiplicité comme la diversité des écrits montre que les manières de la comprendre sont nombreuses.

Ce n'est pas la première fois que pareil fait se produit relativement à des conceptions de même source. Il en a été ainsi, notamment, avec la paranoïa. Que fallait-il entendre par ce terme, qu'on a eu grand tort, à mon avis, d'introduire dans la terminologie française des maladies mentales ? Si je ne me trompe, on a pu rencontrer, sous ce nom une dizaine de formes morbides différentes et je ne suis pas bien sûr qu'il n'y en eût pas davantage.

L'embarras n'est pas moindre avec la soi-disant démence précoce.

Tout d'abord cette dénomination était appliquée seulement à ces états, d'origine diverse, que M. le D^r Christian a remarquablement bien décrits dans les *Annales médico-psychologiques*, en 1899, sous le nom d'hébéphrénie. Et en fait c'est à cela que, même en Allemagne, la conception était limitée dans le principe. Mais elle s'est ensuite étendue, et on a vu survenir successivement, les unes après les autres, presque d'année en année, des conceptions nouvelles où l'hébéphrénie, la catatonie, certains délirs systématisés, d'autres dispositions encore, s'y accommodaient de diverses manières, et où le champ de la conception première s'étendait rapidement à de vastes limites. On discutait beaucoup ; mais les discus-

sions, loin d'éclaircir la situation, arrivaient plutôt à l'obscurcir et on a pu voir, par l'exposé que M. le Dr Claus a fait au Congrès de médecine mentale de Bruxelles, dans son rapport sur la catatonie, que les opinions émises sur cette manifestation, qui se présente comme un phénomène important dans la démence précoce, arrivaient en réalité à une confusion très grande. Pouvait-il en être autrement, alors que l'initiateur de la conception nouvelle, Kraepelin, en variait lui-même l'exposé dans chaque nouvelle édition de ses œuvres, y ajoutant chaque fois quelque élément nouveau, sans bien déterminer si ces éléments avaient, les uns avec les autres, des affinités réelles.

Et peut-être même n'est-il pas encore au terme de ses variations puisque nous apprenons, par le rapport de M. le Dr Deny, que dans une édition toute récente, il a encore modifié les données des éditions précédentes. Son objectif principal paraît être d'englober, sous le nom de démence précoce, des états envisagés et décrits jusqu'ici séparément les uns des autres et de réduire à l'état de simples symptômes ce que l'on considérait comme étant en soi-même des maladies différentes.

On nous donne, il est vrai, cette extension comme un progrès ; on fait entrevoir la simplification qu'elle est susceptible d'apporter dans la connaissance et la description des maladies mentales. Jusqu'où n'est-elle point susceptible de nous mener, une simplification de ce genre, qui en réalité méconnaît la valeur intrinsèque des choses et les données de l'expérience d'un long passé ? Pourquoi n'aboutirait-elle point un jour à dire qu'il n'y a que trois termes dans la folie : celui des premiers âges de la vie, englobé tout entier dans ce qu'on décrit sous le nom de démence précoce ; celui de l'âge mûr, qu'on pourrait appeler la démence intermédiaire ; enfin celui du déclin de l'existence, auquel on pourrait donner le nom de démence tardive. Quelle merveilleuse simplification ! Elle dispenserait d'approfondir des problèmes étiologiques souvent bien difficiles à résoudre ; elle réduirait le diagnostic à sa plus simple expression ! On trouvera peut-être que parler ainsi c'est trop faire du badinage et ne pas traiter sérieusement une question qui se présente avec sérieux. Mais qu'on veuille bien y

regarder de près, et l'on verra qu'en somme ce badinage n'est point tout à fait hors de propos.

Ce n'est pas à dire qu'il n'y ait pas des cas de maladie mentale auxquels on ne puisse donner le nom de démence précoce, et cela peut s'entendre de deux manières, ou bien qu'il s'agisse de malades de n'importe quel âge dont la maladie aboutisse rapidement à la démence, ou bien qu'il s'agisse uniquement de sujets jeunes, avant l'âge de vingt-cinq ans, si l'on veut, puisque cet âge a été pris comme terme, qui, après une enfance et une jeunesse en apparence normales, et pour des causes indépendantes même, autant qu'on puisse en juger, de toute influence héréditaire, deviennent aliénés, et après avoir présenté des manifestations délirantes diverses, tombent rapidement dans la démence et l'incurabilité. Ce sont ces cas dont M. le Dr Christian a fait l'histoire ; ce sont aussi les seuls ou à peu près, si nous ne nous trompons, que Kraepelin ait eus en vue lorsqu'il a commencé à parler de démence précoce.

Le nombre en est-il grand ? La solution de cette question peut dépendre beaucoup de la manière d'envisager les choses. Si je m'en rapporte à mes observations des dix dernières années, je vois que, sur 390 aliénés, 58 avaient moins de vingt-cinq ans ; que sur ces 58 il n'y en a guère que 13 pour lesquels on puisse prononcer le mot de démence précoce. Les autres étaient, ou des imbéciles, ou des malades dont la folie n'est arrivée que tardivement à la démence, ou enfin des cas de guérison. Cela fait donc un peu moins de 4 p. 100 du total des cas observés, et environ 25 p. 100 des individus âgés de moins de vingt-cinq ans. En ce qui me concerne, je ne vois donc pas là une indication de la grande généralité que quelques-uns sont disposés à accorder aux cas qui nous occupent.

Si, par démence précoce, on se bornait à désigner ces faits, sans avoir la prétention de fonder sur eux toute une doctrine, il n'y aurait pas grande matière à discussion ; tout le monde serait promptement d'accord.

Mais il n'en est pas ainsi. Voici, en effet, que sous ce nom de démence précoce on présente toute autre chose. On veut donner ce nom à une sorte d'entité englobant des états de nature très diverse et dont le disparate

est si grand que, sans la perte des facultés mentales, on ne voit pas quels rapports ils ont les uns avec les autres, et sur ce point la faiblesse de la doctrine est vraiment extrême. On dit, d'ailleurs, que l'évolution de la maladie peut être longue, même avant l'apparition de la démence; vraiment, est-ce alors de la démence précoce? On dit encore que cette démence précoce est curable et qu'elle peut ne pas arriver à l'effondrement des facultés mentales; alors ce n'est plus même de la démence.

Nous sommes ainsi, du premier coup, en présence de difficultés que les mots font surgir, et c'est à se demander si nous avons bien compris les Allemands, ou encore, qu'on nous pardonne cette pensée, s'ils se sont bien compris eux-mêmes. Toujours est-il que, dans notre langue française, le mot *démence* a pris, dans la nosographie des maladies mentales, une signification bien déterminée, qu'il veut dire l'abolition, la perte des facultés mentales, et qu'il ne peut pas s'appliquer à leur obnubilation seule.

Passons cependant sur les mots; parfois une dénomination défectueuse peut, si elle est bien comprise, exprimer une notion juste. Il en est ainsi du terme *paralysie générale*. Voyons donc si, derrière le mot *démence précoce*, tel qu'il semble nous venir de l'Allemagne, il y a une notion que nous devons accepter.

La maladie, nous dit-on, a pour essence même et pour manifestation primordiale la perte des facultés mentales; cette perte existe à l'origine même de la maladie, elle en est le substratum nécessaire; elle en est aussi le seul important; tout ce qui peut survenir en dehors d'elle, manifestations délirantes variées, états d'excitation ou de dépression, confusion mentale, stupeur, n'est qu'accessoire. On convient bien que, dans bon nombre de cas, si ce n'est même dans presque tous, ces manifestations occupent le premier plan de la scène morbide et impriment à la maladie un cachet tout spécial. Mais, néanmoins, on les déclare accessoires; elles disparaîtront, et quand elles auront disparu, on n'aura plus devant soi que le signe fondamental, la perte des facultés mentales, la démence.

Ces deux propositions sont bien les idées maîtresses

de la doctrine ; elles présentent donc pour cela un intérêt spécial. Si elles sont inattaquables, la doctrine est solide. Il convient donc de les bien examiner ; elles se tiennent, d'ailleurs, d'une manière intime et telle que si l'une est injustifiée, l'autre l'est tout autant.

En réalité, qu'on veuille bien y faire attention, il n'est donné jusqu'ici aucune preuve que la démence est nécessairement primitive et primordiale, ou du moins s'il y a quelques faits dans lesquels on puisse admettre qu'il en est ainsi, ils sont rares ; on convient même qu'ils sont tout à fait exceptionnels. Ces faits consisteraient dans une évolution morbide où on n'aurait observé aucun des phénomènes dits accessoires et où, par conséquent, l'influence éventuelle de ceux-ci ne pourrait être mise en cause. Peut-on, sur des faits exceptionnels, baser une conception générale ? Ce serait une base fragile et suspecte. Pour ce qui est des faits en question, je n'en ai, quant à moi, jamais rencontré. Si je m'en rapporte aux treize cas relevés chez ceux de mes malades que j'ai cru pouvoir rattacher à la discussion présente, je vois que chez tous il y a eu, au début, d'une manière plus ou moins accentuée, plus ou moins prolongée, de ces manifestations dites accessoires, et elles étaient d'une importance assez grande pour attirer d'abord seules l'attention.

Mais en dehors de ces faits exceptionnels, on ne donne vraiment aucune preuve que la démence, dans les autres, soit réellement primitive. On convient d'ailleurs que l'essence de cette démence est obscure ; que les recherches anatomiques n'ont produit rien de caractérisé ni de démonstratif ; que, ni du côté des neurones, ni du côté des grandes cellules pyramidales, non plus que du côté de la névroglie, on n'a trouvé d'altérations constantes, certaines ; et comme, d'autre part, ni l'étiologie, ni la clinique ne permettent de faire la démonstration de cette soi-disant primordialité de la démence, il reste que les allégations produites à ce sujet sont purement hypothétiques.

Une des préoccupations que l'on semble avoir est d'assimiler en quelque sorte à la paralysie générale ce qu'on nomme la démence précoce, ou du moins de les mettre toutes deux en parallèle. Mais cette visée est

injustifiée, puisque dans la paralysie générale il y a des altérations anatomiques certaines, qu'on peut suivre, en quelque sorte, dans toute leur évolution, et qui rendent bien compte de ce que la déchéance mentale a de progressif, alors qu'ici on ne rencontre rien de semblable et que même souvent, dans les cas allégués, tous les éléments anatomiques du cerveau semblaient intacts.

On peut se demander si ce n'est pas pour échapper au manque de preuves sur la primordialité de la démence qu'on a voulu faire considérer comme accessoires les manifestations diverses, manie, mélancolie, stupeur, etc., qui, jusqu'ici, ont été regardées comme principales et essentielles. Toujours est-il que de ce côté, non plus, on ne donne pas de preuves; on affirme, on ne fait rien autre chose. En pareil cas, des affirmations ne sont pas des raisons démonstratives suffisantes.

Et de fait, il est aisé de voir à quel point il serait important de faire admettre ces affirmations comme des certitudes. Car, si les manifestations dont il s'agit, au lieu d'être simplement accessoires, sont autre chose, il faut nécessairement reconnaître qu'elles exercent leur action sur l'évolution de la maladie, et que, dans les cas où la déchéance mentale survient, c'est la persistance de ces manifestations, leur intensité, leur nature qui en ont été la cause. Alors cette déchéance, loin d'être primitive, doit à bon droit être considérée comme consécutive; elle est le résultat, non de l'altération ou de la destruction de la cellule cérébrale ou du neurone, mais de leur épuisement; ce qui expliquerait fort bien pourquoi, dans le plus grand nombre de cas, on n'a trouvé aucune altération appréciable de ces éléments et que, par conséquent, il s'agit, non d'une démence vésanique primitive, mais d'une démence vésanique secondaire, formée et développée de la même façon que d'autres démences vésaniques.

De ce que nous venons de voir, il ressort qu'en fin de compte le point sur lequel porte maintenant tout entier la doctrine de la démence précoce, c'est sur la valeur que l'on doit attribuer aux manifestations autres que la démence. Sont-elles accessoires? sont-elles essentielles? et dans ce dernier cas indépendantes de la démence qui elle-même en serait non l'occasion, mais la résultante?

On convient, nous l'avons vu, que les manifestations soi-disant accessoires occupent presque toujours le premier plan de la scène et donnent à la maladie une allure spéciale. Si elles ont une telle action, à quoi la doivent-elles? On ne l'examine pas, et cependant cela aurait bien son importance. Il est difficile, pour ne pas dire impossible, de comprendre comment des phénomènes qui, ouvrant la scène, sont les seuls que d'abord on puisse constater; qui se présentent dans des conditions où ils ont bien l'air d'être toute la maladie, n'aient dans celle-ci qu'un rôle épisodique et accessoire.

En soutenant que ces manifestations ne sont qu'accessoires, on fait, en vérité, bon marché, à ce qu'il me semble, de leur étiologie et des conditions diverses dans lesquelles elles se produisent; on passe bien aisément par dessus l'un des problèmes les plus obscurs de la pathologie, à savoir celui de la diversité des effets sous l'action d'une même cause. Comment des influences identiques, des forces pathogéniques équivalentes, ici l'hérédité, là une auto-intoxication, ailleurs l'affaiblissement physique, peuvent-elles, suivant les individus, avoir des effets divers? Pourquoi déterminent-elles ici de la dépression mélancolique, là de l'excitation maniaque, ailleurs de la confusion mentale ou quoi que ce soit? Pourquoi encore l'évolution d'une maladie, à la suite de ces divers états, peut-elle être diverse suivant les individus, permettant à l'un d'aborder à la guérison, alors qu'un autre restera incurable? Pour se tirer d'embarras, suffit-il de dire que toutes ces manifestations ne sont qu'accessoires, épisodiques, alors que cependant le fait même de leur diversité avec une origine unique, les allures particulières à chacune d'elles, leurs terminaisons variées, sont plutôt le témoignage de leur individualité, et les montre comme les enfants d'un même père dont chacun a sa personnalité distincte.

Mais, précisément, quoi que puisse dire la nouvelle doctrine, ce qui me paraît être la preuve que les manifestations dont il s'agit constituent l'essence de la maladie, peuvent la constituer à elles seules, et qu'ainsi elles sont primordiales et non secondaires, c'est que, suivant les cas, elles ont des conséquences bien différentes les unes des autres, conséquences qui montrent

qu'au lieu de suivre la démence, ou simplement de l'accompagner, elles peuvent la précéder de beaucoup, ou bien encore évoluer sans qu'il y ait jamais aucune marque de démence. On ne peut nier, en effet, qu'elles ne puissent se terminer de trois manières : ou bien par un acheminement rapide vers la démence, ou bien par un acheminement lent, après que les malades ont traversé des états de délire qui ne sont aucunement la démence ; ou enfin par la guérison.

Ce n'est pas sans un étonnement très grand qu'on entend dire qu'il faut considérer comme démence précoce les cas sur lesquels M. le D^r Anglade a fait, au Congrès de médecine mentale de Marseille, un rapport où l'on voit que des délires systématisés, appelés alors secondaires, peuvent succéder à des accès de manie, de confusion mentale ou d'autre chose, alors que dans ces délires, dont l'évolution peut être aussi longue et aussi lente que celle des délires systématisés primitifs, la démence, ce qu'il faut appeler la démence, peut faire défaut pendant bien des années. Dire, dans ces cas, que la démence a été précoce, c'est jouer sur les mots ; à moins que, pour se tirer d'affaire, on n'en arrive à dire que, dans l'intervalle, elle a été latente.

Mais en fin de compte, ce qui démontre d'une manière péremptoire que les états dont il s'agit ont bien une existence propre, une autonomie entière, c'est que, après avoir été eux-mêmes toute la maladie, ils peuvent aboutir à une guérison sincère, solide et définitive. Je sais bien que dans la nouvelle doctrine on ne s'embarasse pas de si peu et que pour éviter d'envisager la portée des guérisons en pareil cas, on insinue que la démence précoce est curable. Est-il besoin d'insister sur l'antinomie qu'il y a à présenter comme curable une maladie dont on dit que l'essence même, le signe fondamental, serait la déchéance et la perte des facultés mentales. Ou bien, sans aller aussi loin, on insinue encore que les manifestations que nous considérons ici comme primordiales, sont rarement curables, qu'elles sont sujettes à récurrence. D'après Kraepelin, on n'observerait qu'un seul cas de guérison de la manie sur mille. Un seul cas, c'est déjà quelque chose. Mais alors même que sans en tenir compte, on ne considérerait que les cas où

il y a récédive simple, sans démence, il faudrait bien démontrer encore que la manie n'est alors qu'un épisode et non point une maladie ayant par elle-même son existence indépendante.

En réalité, quoi qu'en dise Kraepelin, les guérisons de ces états sont nombreuses, guérisons certaines, solides, durables, sans aucun amoindrissement de l'intelligence ; et lorsque les guérisons sont anciennes, on ne peut guère leur opposer l'éventualité d'une rechute qui, du reste, ne prouverait nullement par elle-même la primordialité de la démence. Je pourrais, pour mon compte, citer bien des cas démonstratifs. En ce moment, je vois de temps à autre une dame qui vient prendre des nouvelles d'une de mes malades. Elle a eu, il y a trente ans, un accès de mélancolie anxieuse dont elle s'est parfaitement bien tirée et qui n'a pas récidivé. Je vois aussi quelquefois une jeune femme que j'ai eue à soigner il y a huit ans. Elle n'était pas alors mariée. Elle a passé par ce que j'appelle un accès de manie aiguë franche, désordre des actes, désordre des idées, agitation incessante, délire inconsistant. Cet accès a duré cinq mois pour aboutir à ce que j'ai considéré comme une guérison. Elle n'a pas eu de rechute. Depuis son mariage, elle a eu un enfant, et si je la vois aujourd'hui, c'est qu'elle vient me parler de son mari qui verse dans la paralysie générale. En cette occurrence douloureuse, elle ne se comporte ni en affaiblie, ni en déprimée, ni en démente ; elle fait face avec décision à des embarras d'affaires qui sont fort embrouillées. Prétendra-t-on qu'elle a eu de la démence précoce ? Et que dire de ces cas, qui sont comme des paradoxes, dont j'ai parlé dans un discours prononcé à la Société de médecine de Toulouse lorsque j'en étais président, où l'on voit les individus, au sortir d'une atteinte de maladie mentale, se présenter comme plus intelligents que lorsqu'ils y étaient entrés ? Est-ce là encore un phénomène de démence précoce ?

En réalité, quoi qu'on dise, les états qu'on veut nous faire regarder comme accessoires, sont souvent, sinon même toujours, principaux et essentiels. Ils existent par eux-mêmes, ils sont indépendants et c'est à tort qu'on veut leur enlever la place qu'ils occupent dans

les nosographies de médecine mentale. Ainsi, de quelque côté qu'on se retourne, on arrive à constater que ce qu'on nous présente comme fondement de la doctrine de la démence précoce, n'a rien de fondamental.

Faut-il attacher de la valeur au tableau séméiologique fait de cette soi-disant forme morbide? Certes, à considérer le grand nombre de phénomènes qui y sont indiqués, on pourrait croire que cette séméiologie est riche. En réalité, elle ne l'est pas; si l'on prend successivement tous ces phénomènes, on arrive aisément à s'en convaincre. Du reste, en les présentant comme des manifestations à mettre en cause, on convient que pour la plupart ils ne sont point spéciaux à la forme morbide en question, qu'ils n'ont rien de caractéristique.

Cette affaire de séméiologie nous fait toucher à d'autres considérations qui viennent fortement à l'appui de nos critiques; c'est que, dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de dire, à son début, à quoi aboutira une maladie mentale qui se présente sous les enseignes de la manie, de la mélancolie, de la stupeur, de la confusion mentale. Verra-t-on survenir rapidement la démence? Aboutira-t-on à un délire à évolution lente? Obtiendra-t-on la guérison? Ces questions de pronostic sont de prime abord et la plupart du temps insolubles; j'en appelle à tous ceux qui ont l'habitude des aliénés. Combien souvent nos prévisions sont-elles trompées! Ici c'est une guérison qui arrive lorsque nous n'y comptons plus; là, au contraire, c'est l'incurabilité qui déroute notre confiance en la guérison. La soi-disant démence précoce étant une maladie qui d'emblée fait perdre définitivement l'intelligence, les symptômes qu'on lui attribue devraient permettre de préjuger l'incurabilité. Il n'en est rien. Les troubles de la sphère affective et morale se rencontrent dans les cas les plus divers; ceux de l'activité volontaire sont également communs à des états qui auront des issues différentes. Ni l'automatisme, malgré la multiplicité des mots plus ou moins mal trouvés sous lesquels on a distingué ses manifestations, tels que négativisme, suggestibilité, activité passive; ni la stéréotypie, ni même la catatonie, bien que dans la plupart des cas ces derniers signes soient plutôt de mauvais augure, n'ont,

pour le pronostic, rien d'absolument positif et certain. Il en est encore de même des troubles sensoriels, des hallucinations. Il importe donc peu que jusqu'ici on ait allongé la liste des signes attribués à la soi-disant démence précoce, puisque, soit isolément, soit par leur ensemble, ils n'ont rien qui puisse éclairer le jugement sur la maladie elle-même.

Dernière considération : la doctrine de la démence précoce, dans son principe, ne fait que transposer les places que, dans les idées jusqu'ici courantes, occupaient la déchéance des facultés mentales et les divers états qui précèdent la constatation de cette déchéance. Pour tout le monde, la déchéance était uniquement une conséquence. Cette doctrine soutient que la démence est primitive et que le reste n'est qu'accessoire. Elle appelle cette conception un progrès, qu'elle croit destiné à transformer la science des maladies mentales. Mais elle ne donne pas la preuve de ce qu'elle avance et a contre elle des arguments sérieux. M'est avis qu'en dépit d'elle, les idées d'autrefois, qui sont celles de notre psychiatrie française, vont continuer d'être les bonnes.

En résumé :

Il y a incontestablement des états de maladie mentale, survenant principalement chez des sujets jeunes, qui aboutissent promptement à la démence. A ces états on peut, si l'on veut, donner le nom de démence précoce ; on pourrait tout aussi bien leur donner le nom de démence rapide.

Rien ne prouve que la démence y soit primitive ; et bien plutôt, comme les troubles délirants qui en marquent le début peuvent aboutir, soit à une démence tardive, soit à une guérison véritable et complète, cette différence d'évolution prouve que la démence n'est que consécutive ; que les troubles délirants ne sont pas des éléments purement accessoires, qu'ils sont au contraire l'expression essentielle et primordiale de la maladie.

Les cas dans lesquels ils aboutissent rapidement à la démence n'ont, en dehors de cette rapidité de la déchéance mentale, pas de caractères communs, pas de signes distinctifs, qui permettent de les considérer comme un groupe homogène formant entité.

Les conceptions récentes, présentées sous le nom de

démence précoce, sont purement artificielles, elles ne reposent que sur des affirmations sans preuves que ne justifient ni la séméiologie ni l'anatomie pathologique. Les descriptions didactiques faites sous le même nom réunissent d'une manière arbitraire des états disparates, indépendants les uns des autres ; elles sont en contradiction avec les données de l'expérience clinique, et loin d'être un progrès elles tendent au contraire à fausser l'étude de la psychiatrie ; elles n'ont pas droit de prendre, dans les nosographies de médecine mentale, la place qu'on prétend leur donner.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1904.

Présidence de M. DANIEL BRUNET.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Colin, Gimbal, Lwoff, Masbrenier, Gilbert Petit, Piéron et Thivet, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

- 1° Une lettre de M. Marandon de Montyel remerciant la Société de l'avoir nommé membre honoraire ;
- 2° Une lettre de M. Georges Vernet, remerciant la Société de l'avoir élu membre correspondant ;
- 3° Une lettre de M. Förster, de Bonn, remerciant la Société de l'avoir nommé membre associé étranger.

La correspondance imprimée comprend :

- 1° *Nouvelles recherches chimiques sur l'épilepsie*, par M. Paul Masoin, de Ghell (Belgique) ;
- 2° *Sur un essai de traitement des paralytiques*, par M. Alexandre Pilcz, de Vienne ;
- 3° *Contribution à la connaissance des altérations de l'écorce cérébrale dans les lésions en foyer consécutives à l'atrophie sénile d'origine artério-scléreuse*, par M. Ewin Stransky, de Vienne ;
- 4° *Revue de l'hypnotisme*, numéro de décembre ;
- 5° *La Tempérance*, numéro de novembre ;
- 6° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéro de décembre.

Election du Bureau de 1905.

Il est procédé au scrutin pour la nomination du vice-président pour l'année 1905.

Sur 17 votants, M. BRIAND obtient 16 voix, M. SÉGLAS, 1 voix.

M. BRIAND est élu vice-président.

Les autres membres du Bureau sont réélus par acclamation, sauf M. Blin qui, ayant demandé à être relevé de ses fonctions de secrétaire des séances pour raisons de santé, est remplacé par M. VIGOUROUX. Le Bureau de 1905 se trouve donc ainsi composé :

Président : M. CH. VALLON ;

Vice-Président : M. MARCEL BRIAND ;

Secrétaire général : M. RITTI ;

Secrétaires des séances : MM. DUPAIN et A. VIGOUROUX ;

Trésorier : M. ANTHEAUME ;

Bibliothécaire-archiviste : M. BOISSIER.

Le Conseil de famille est constitué par les membres du Bureau, auxquels sont adjoints les deux derniers présidents : MM. BALLET et BRUNET.

Le Comité de publication se compose de MM. ARNAUD, LEGRAS et POTTIER.

La Commission des finances est composée de MM. MOREAU (de Tours) et SEMELAIGNE.

Rapport de candidature.

M. ARNAUD. — Messieurs, au nom d'une commission composée de MM. Dupain, Semelaigne et Arnaud, rapporteur, j'ai l'honneur de vous exposer les titres de M. le Dr Filippo Saporito, médecin des manicomes civil et judiciaire d'Aversa, à la candidature d'associé étranger de notre Société.

Le Dr Saporito a un bagage scientifique déjà considérable. A l'appui de sa candidature, il nous a envoyé onze brochures, dont l'une compte plus de 200 pages. Quelques-uns de ces travaux ont pour objet l'anatomie normale ou pathologique du cerveau ; ce sont des études sur « La doctrine de Flechsig », sur une « Anomalie

rare de la scissure de Rolando », « sur cinq cerveaux d'aliénés criminels ». D'autres, plus nombreux, se rapportent à des questions d'anthropologie criminelle et de médecine légale, questions dont les applications sociales sont si nombreuses et dont l'étude est poursuivie avec tant d'ardeur en Italie.

Utilisant les documents variés qu'il rencontre dans son champ d'observation des manicomies d'Aversa, le Dr Saporito publie des expertises sur « Un épileptique uxoricide », sur une « Tentative d'uxoricide par un persécuté paranoïaque » ; ou bien il étudie les rapports complexes « Des rêves, de la folie et du crime », « De la superstition, de la folie et du crime ». Ailleurs, il aborde la simulation de la folie, à propos d'« Un délinquant associé (membre d'une association de malfaiteurs), simulant la folie », etc.

Le plus important de ces travaux — important par son étendue et par la nature des problèmes qu'il soulève — a pour titre « Recherches sur les actes délictueux et sur la folie des militaires ». L'auteur a pu disposer des nombreuses observations (85) de militaires que différents crimes ou délits ont conduit au manicomie judiciaire d'Aversa. Il donne *in extenso* 40 de ces observations, et il y ajoute la très intéressante auto-biographie d'un *déséquilibré*. Après avoir étudié, dans une première partie, les *facteurs individuels* qui se rencontrent communément chez les délinquants militaires, et montré, à l'aide de nombreux tableaux, que ces délinquants présentent tous un état dégénératif semblable, l'auteur, dans une seconde partie, expose l'*influence du milieu militaire* sur la production des délits et des crimes. Il insiste plus particulièrement sur la fatigue et sur l'alcoolisme. La troisième partie de l'ouvrage est consacrée aux délits plus spéciaux aux militaires, à leur fréquence et à leur importance relatives, aux erreurs judiciaires dont sont victimes les accusés militaires, enfin aux réformes capables d'améliorer l'institution militaire et aux remèdes susceptibles de diminuer dans l'armée le nombre des infractions. A ce dernier point de vue, il montre la nécessité de mesures préventives et prophylactiques, d'une sélection qui éliminerait de l'armée les sujets dangereux, etc.

J'aurais voulu vous exposer avec plus de détails et plus complètement les travaux du D^r Saporito; vous faire connaître toute l'étendue et la variété de son érudition, la sagacité de son observation clinique, les idées personnelles et originales que l'on rencontre dans ses mémoires. Le cadre d'un simple rapport de candidature ne me le permet pas. Mais j'en ai dit assez, je l'espère, pour vous faire partager le sentiment de la commission sur la valeur de notre distingué confrère italien; elle est unanimement d'avis que le D^r Filippo Saporito a sa place marquée parmi nos membres associés étrangers, et elle vous demande de lui accorder ce titre.

Conformément à ces conclusions, M. Filippo Saporito est élu à l'unanimité membre associé étranger.

Les eschares dans la paralysie générale,

par MM. A. VIGOUROUX et SAILLANT.

Dans la séance du 28 mars 1904, j'ai communiqué à la Société deux observations de paralytiques généraux ayant présenté des eschares fessières à la suite d'ictus épileptiformes. Et à ce propos, j'ai insisté sur la fréquence relative des eschares et cherché à différencier cliniquement les eschares fessières consécutives à des ictus et à des poussées congestives, des eschares sacrées dues à des lésions de la moelle.

Parmi les objections qui ont été présentées contre cette manière de voir, une d'elles, faite par M. le D^r Brunet, fut que pour certains auteurs toutes les eschares sont d'origine médullaire.

Pour répondre à cette objection, je voudrais aujourd'hui terminer l'observation du malade Fl..., rendre compte de l'examen histologique de sa moelle qui ne présentait aucune altération, et communiquer, pour les opposer aux premières, deux observations suivies d'autopsie de malades ayant eu des eschares sacrées et dont la moelle présente des foyers de myélites avec périartérite et corps granuleux visibles à la méthode de Marchi.

OBS. I. — Fleich... était un paralytique général ayant présenté une eschare fessière à la suite d'un ictus.

Son eschare fessière comme celle du malade Mon... qui fut l'objet d'une première observation, évolua assez rapidement vers la guérison; dès que la période d'élimination fut terminée, la plaie bourgeonna, et deux mois après son apparition, il ne restait plus qu'une petite plaie superficielle qui était pansée avec du collodion.

Le malade se levait et s'occupait un peu, quand il succomba le 21 août à la suite de quatre attaques épileptiformes; sa température fut de 40 degrés. L'eschare en ce moment était cicatrisée.

A l'autopsie, on constate une *atrophie* considérable de l'hémisphère gauche qui pèse 470 grammes, alors que le droit pèse 570 grammes; une abondance de liquide céphalo-rachidien, pas de pachyméningite, un épaissement marqué de la pie-mère et des adhérences très nombreuses.

A la coupe de l'hémisphère gauche, on constate que la substance blanche en arrière des corps opto-striés est diffuse.

Le foie est gras et pèse 1.220 grammes; les reins sont petits, kystiques, à capsule adhérente, ils pèsent 300 grammes, leur substance corticale est peu distincte de la substance cérébrale.

Le cœur est mou, en diastole, plein de caillots noirs; congestion de la base de l'aorte. Pas d'athérome, pas de lésions valvulaires.

L'examen histologique du cerveau confirme le diagnostic de méningo-encéphalite diffuse. La pie-mère est épaissie, peu infiltrée de cellules rondes; par place, on trouve de véritables hémorragies sous et intra pie-mérienne. L'encéphalite est beaucoup plus marquée que la méningite. Les cellules nerveuses très altérées, sont pigmentées et en état de chromatolyse. Les fibres nerveuses sont atrophiées; les fibres de Tucsek et de Baillarger ont complètement disparu.

La moelle présente une méningo-encéphalite très discrète. Pas de lésions de sclérose, pas de foyer de myélite. Les racines n'ont pas de grosse altération. Le foie est en dégénérescence graisseuse; les reins ont de la néphrite parenchymateuse.

Dans une troisième observation, nous avons également constaté une eschare fessière qui est survenue chez un paralytique général, quelques jours avant sa mort.

Dans ce cas encore bien que nous ayons trouvé dans la moelle les lésions de tabes incipiens, nous n'avons pas trouvé de foyer de myélite aiguë.

OBS. II. — Il s'agit d'un homme de trente-deux ans, marchand de vin, entré à l'asile le 27 octobre 1902. La paralysie générale avait été diagnostiquée par M. Garnier et par M. Ma-

gnan. Il en présentait les signes cardinaux : embarras de la parole, inégalité pupillaire, il n'avait pas de réflexes rotuliens, les réflexes crémastériens et plantaires étant normaux. Il avait de l'affaiblissement intellectuel, des idées de grandeur absurdes, etc.

Il séjourne à l'asile près de deux ans, d'abord très agité et agité pour ce fait très longtemps, puis plus calme à mesure que l'affaiblissement intellectuel et physique progresse.

A partir du 15 mai 1904, il est souvent gâteux : si on ne le conduit pas aux cabinets ; il reste cependant levé, marche bien.

Le 7 juin il était levé ; après son dîner on s'aperçoit qu'il était très rouge ; il paraît faible et a perdu toute conscience, il est alité ; on constate qu'il a 37°8.

Le lendemain, il est dans un état semi-comateux, mais ce qui frappe surtout en lui, c'est la vaso-dilatation intense de tout son corps ; il paraît écarlate. Pas de signes pulmonaires.

Le soir même, on constate que la fesse gauche est congestionnée, dure, et à son centre se trouve une écorchure légère. La température est de 40 degrés.

Le lendemain, l'eschare est constituée et on y reconnaît les trois zones, en même temps le talon gauche est également le siège d'une eschare.

Le malade meurt sans avoir repris connaissance, avec une température de 41°4.

A l'autopsie, on constate, au niveau de l'hémisphère droit, une *néo-membrane rouge récente* à la face interne de la dure-mère, correspondant à la partie pariéto-occipitale ; on trouve les autres altérations de la méningo-encéphalite, épaississement et adhérence de la pie-mère, etc.

Les poumons sont congestionnés mais non hépatisés ; le droit pèse 840 grammes, le gauche 820 grammes.

Le foie pèse 1.980 grammes, il est gras ; la rate pèse 350 grammes. Le cœur est mou, il pèse 310 grammes ; injection très vive de la base de l'aorte. Les reins pèsent 340 grammes, très congestionnés.

L'examen histologique du cerveau montre une méningo-encéphalite très intense ; infiltration des méninges, périvascularité accentuée, prolifération de la névroglie. *Ramollissements sous-corticaux*, lacunes de désintégration. Au Weigert, atrophie des fibres de la couronne rayonnante, disparition des fibres de Tucsek et de Baillarger.

Au Nissl, altération profonde des cellules.

Bulbe. Granulation du plancher du 4^e ventricule. Infiltration de la substance sous-épendyme.

Au Weigert, les faisceaux pyramidaux paraissent plus clairs.

Moelle. Méningo-myélite discrète dans toute sa hauteur, mais pas de foyer de myélite. Au Marchi, pas de corps granuleux.

Au Weigert. Apparence de sclérose combinée. Les deux faisceaux pyramidaux croisés sont pris d'une part, et de l'autre il y a des lésions de tabes incipiens; sclérose des bandelettes externes de Pierret, et en plus de la partie médiane antérieure du cordon de Goll.

A la région sacrée et lombaire, les racines postérieures sont altérées et présente de la névrite parenchymateuse.

A côté de ces eschares fessières survenant rapidement à l'occasion d'un ictus, il existe chez les paralytiques généraux des eschares sacrées en rapport avec des lésions de la moelle.

On sait, d'une part, combien les eschares sont fréquentes dans les myélites aiguës, dans l'hématomyélie. Par contre, dans les traumatismes de la moelle, dans les maladies spinales à évolution lente, l'eschare sacrée se montre lorsque, dit Charcot, « il y a extension à certaines régions de la moelle du travail phlegmatique. » ou bien « lorsqu'une nouvelle cause d'irritation vive intervient tout à coup ou qu'un processus d'inflammation aiguë se surajoute à la lésion initiale. »

Charcot insiste sur ce fait que ce n'est pas l'absence d'action, mais l'irritation de certaines régions de la moelle qui est la cause productrice des troubles trophiques de la peau de la région sacrée.

Si les lésions scléreuses pouvaient produire des eschares, tous ou presque tous les paralytiques généraux auraient des eschares. Car nous savons, d'autre part, combien sont fréquentes les lésions de la moelle chez les paralytiques généraux. Les statistiques de Tucsek et de Forster citées dans le remarquable rapport de M. Klippel en font foi.

La première, celle de Tucsek, se résume ainsi sur dix-sept cas; il a trouvé :

Pas de lésion	1 cas.
Lésions des cordons postéro-antérieurs seuls . .	9 —
Lésions des cordons postérieurs seuls	3 —
Lésions des cordons postéro-latéraux postérieurs	4 —

Les conclusions qui découlent des observations personnelles de M. Klippel sont à peu près semblables.

Mais les lésions auxquelles les auteurs font allusion, sont des lésions de sclérose, produites par des dégénérescences ascendantes et ascendantes des tubes nerveux. M. Klippel décrit cependant aussi des lésions de la substance grise, lésions dépendant soit d'un processus dégénératif soit d'un processus inflammatoire. Enfin, M. Klippel, à côté d'une forme exsudative et myxomateuse de la lésion médullaire, de la congestion et de la dilatation des vaisseaux, décrit des formes où l'inflammation apparaît nettement, avec péri-vascularite, et corps granuleux. C'est, dans ces derniers cas, quand aux lésions scléreuses est venu s'adjoindre un processus inflammatoire, que l'eschare sacrée se produit chez les paralytiques généraux.

Ces cas sont assez fréquents, et nous en apportons deux observations :

OBS. III. — Chamb..., Louis, trente-cinq ans, cocher, entré à l'asile de Vaucluse, le 10 décembre 1902, avec le diagnostic de paralysie générale avec idées hypocondriaques (D^r Magnan).

A son entrée, il présente les signes physiques suivants : léger strabisme convergent, ptosis, inégalité pupillaire en faveur de la pupille gauche, abolition des réflexes pupillaires à la lumière et aux distances, tremblement fébrillaire de la langue, légers accroc dans la parole, abolition complète des réflexes rotuliens et achilliens, conservation du réflexe plantaire en flexion et des réflexes crémastériens, signe de Romberg et démarche ataxique. Foie petit, douleurs lancinantes dans les jambes. Etat de la sensibilité impossible à déterminer.

Au point de vue mental, il présente de l'affaiblissement marqué de l'intelligence avec inconscience du temps et du lieu. Il se perd dans le dortoir, ne peut retrouver son lit, etc. Il répète des phrases stéréotypées : « Tout ça c'est de l'argot, j'ai de l'absinthe jusqu'à la gueule », et parfois il manifeste des idées mélancoliques, dit qu'on va venir l'enterrer, qu'on va lui donner le bouillon d'onze heures, etc.

Aucun renseignement héréditaire ou personnel.

Son état de faiblesse musculaire et son ataxie étaient telles qu'il fut toujours alité; il se plaignit de douleurs dans les jambes, il maigrit bien que s'alimentant suffisamment et, à peine un mois après son entrée, il était complètement gâteux, et présentait un début d'*eschare sacrée* et des *eschares symétriques au niveau des talons*.

Ils s'affaiblit progressivement restant toujours un peu turbulent malgré son état de démence profonde; les eschares toujours superficielles s'agrandirent au *niveau du sacrum* et occupèrent également la *face antéro-externe des jambes* et la *face dorsale des pieds*.

Il devint cachectique et succomba le 9 avril 1903, quatre mois après son entrée.

L'autopsie révéla l'existence d'une pachy-méningite hémorragique plus développée à gauche qu'à droite; l'épaississement et l'adhérence de la pie-mère et une dilatation des ventricules.

La moelle est molle, ses cordons postérieurs sont gris. Le foie est gros et étalé, il pèse 1.730 grammes; les reins pèsent 430 grammes; la rate 170 grammes. Les poumons ne renferment pas de tubercules.

L'examen histologique montre une méningo-encéphalite très intense.

Dans la moelle (1), on voit une sclérose combinée; dans la région lombaire, on trouve une sclérose des cordons pyramidaux et des lésions de tabes incipiens.

Dans la région cervicale, les cordons de Goll seuls sont touchés; dans la région supérieure, les cordons de Goll et les cérébelleuses directes sont sclérosés.

Ces différentes scléroses semblent être sous la dépendance d'un foyer de myélite très étendu avec périvascularite et corps granuleux siégeant à la région dorsale.

C'est également à ce foyer de myélites surajoutées aux lésions tabétiques que nous attribuons le développement rapide de l'eschare de la région sacrée et des jambes.

Obs. IV. — Gaut..., trente-deux ans, entré le 18 avril 1903, à l'asile de Vaucluse.

Paralysie générale avec affaiblissement des facultés mentales et de la mémoire. Idées de richesses absurdes. Excitation par intervalles. Inégalité pupillaire. Embarras de la parole. Exagération des réflexes patellaires. Conservation des réflexes plantaires et crémastériens.

D'après les renseignements :

Il a une sœur aliénée à Villejuif depuis six mois. Il a eu six enfants dont l'un, né paralysé, est mort à Bicêtre à quatorze ans.

Cocher, il a fait de nombreux excès alcooliques; il était très violent, battait sa femme et s'était séparé d'elle.

Deux mois avant son entrée, il est alité, il se frotte et se gratte la tête continuellement; il se forme des croûtes.

(1) Les coupes de cette moelle ont été présentées à la Société de Neurologie le 5 mai 1904.

Un an après son entrée, en avril 1904, il a une poussée furonculaire généralisée. Un gros furoncle est situé à la région sacrée et suppure longtemps. Malgré la turbulence du malade, le furoncle s'améliore, la suppuration est tarie, et il ne reste plus, le 5 mai, qu'une ulcération du derme qui semble en voie de cicatrisation. Il est très amaigri et se cachectise; ses membres inférieurs se rétractent, il est agité, pousse des cris, s'oppose à tous les mouvements qu'on veut lui faire faire, est grand gâteux.

Cependant l'ulcération du derme d'origine furonculaire s'agrandit, la région sacrée, jusqu'au niveau des lombes, prend un aspect gangréneux, une mortification de la peau analogue se produit au niveau du grand trochanter droit.

Le 1^{er} juin, l'eschare atteint la 5^e lombaire, elle a les dimensions d'un cercle de 10 centimètres de diamètre, mais elle est superficielle; elle n'est le siège d'aucune suppuration.

Le lendemain, la température monte à 39°2, le soir l'état général est très mauvais, on constate une adénite très marquée dans les aines.

Le 5, l'eschare suppure et l'on constate que le pus vient de la colonne vertébrale, il s'écoule entre les lames vertébrales mises à nu.

Le malade meurt deux jours après.

Autopsie le 7 juin. A l'ouverture du canal rachidien on note que les vertèbres semblent à l'œil nu atteintes de carie osseuse, que la face externe de la dure mère est recouverte d'une nappe de pus de la moëlle dorsale jusqu'à la queue de cheval. Ce pus est épais, crémeux, abondant et non d'une couleur franche jaune verdâtre; le canal rachidien en est recouvert sur toutes ses parois dans cette étendue. Après incision de la dure-mère sur la ligne médiane on voit que la pie-mère est recouverte du même pus sur la même hauteur.

L'examen microscopique montre que le pus contient des coli-bacilles (1).

Cerveau. Pie-mère très adhérente, opalescente. Le liquide céphalo-rachidien est clair et non suppuré.

Foie congestionné: 1.270 grammes.

Rate: 130 grammes.

Cœur: 220 grammes. Couche fibrineuse sur le péricarde viscéral. Liquide notable dans le péricarde.

Quelques granulations d'athérome au début de leur évolution au-dessus des valvules sigmoïdes qui sont souples.

Le poumon droit est très adhérent; les deux feuillets pleu-

(1) Les pièces ont été présentées à la Société anatomique (Séance du 17 juin 1904).

raux sont intimement soudés (sauf dans la gouttière vertébrale) surtout dans la partie antéro-externe, ni granulations ni tubercules à l'œil nu.

L'examen histologique montre que l'on a affaire à une méningo-encéphalite associée : en effet, outre la périvascularite on constate une infiltration des parois des vaisseaux par du pigment brun.

Dans la moelle dorsale on trouve un foyer de myélite de la partie moyenne du cordon de Goll laissant intact les parties antérieures et postérieures.

Dans cette observation la pachyméningite suppurée de la moelle était manifestement causée par l'infection due à ce que l'eschare était souvent, malgré tous les soins de propreté, souillée par les matières fécales. La présence du colibacille dans le pus en est la preuve certaine.

Toutefois les suppurations des méninges de la moelle sont rares, étant donné le nombre des eschares sacrées qui toutes sont plus ou moins souillées par les matières fécales.

Un autre point de cette observation qui nous a paru intéressant est que l'eschare sacrée a été en quelque sorte préparée par un furoncle siégeant dans cette même région. L'infection staphylococcique s'est guérie, mais a laissé une mortification des tissus et de la peau qui a été l'origine de l'eschare.

La suppuration méningée était restée limitée à la moitié inférieure de la moelle.

Dans ce cas comme dans tous les cas d'eschares sacrées à évolution rapide survenant soit au début soit au cours de la paralysie générale, j'ai trouvé de la myélite surajoutée.

Je crois donc qu'il y a lieu d'admettre chez les paralytiques généraux comme chez les autres, des foyers de myélite aiguë envahissant certaines régions de la moelle encore mal déterminées donnant naissance à des eschares sacrées.

Il semble toutefois que, conformément à l'opinion de Charcot, les régions dorsales et lombaires soient plus spécialement touchées dans le cas d'eschares. Charcot (*Leçons sur le système nerveux* T. I, p. 98) indique que les lésions traumatiques de la moelle portant sur la région dorsale donnent 9,23 p. 100 d'eschares alors que

celles de la région cervicale n'en donnent que 1.41 p. 100 et que les lésions inflammatoires doivent porter de préférence sur les parties cérébrales de la substance grise et sur les cordons postérieurs.

Cliniquement, la présence de cette myélite surajoutée est signalée par l'hyperthermie qui, le plus souvent, accompagne l'apparition de l'eschare sacrée et par d'autres symptômes médullaires.

Enfin, il existe aussi des eschares d'origine nerveuse et c'est plus spécialement de ces dernières que s'est occupée récemment la Société de chirurgie (séance du 23 mars 1904) à la suite d'un rapport de M. le Dr Picqué.

En 1894, Morestin dans sa thèse avait attribué les eschares consécutives à certaines opérations abdominales chez la femme atteinte d'affections inflammatoires à un travail irritatif des nerfs du petit bassin auquel venait s'ajouter le traumatisme opératoire.

Au cours de la discussion deux courants d'opinion se manifestèrent, les uns voyant dans les eschares la conséquence de lésions irritatives de la région sacrée par certaines substances irritantes telles que l'éther ayant servi à l'asepsie, ou bien d'un manque de propreté.

Les autres parmi lesquels Pozzi, Segond, Rontier, etc., reconnaissaient aux eschares les caractères d'un trouble trophique, tant par la précocité de leur apparition que par la rapidité de leur évolution.

M. le Dr Picqué avait conclu que le décubitus aigu post-opératoire n'est pas l'apanage d'un seul groupe d'opérations, qu'il fallait faire une large part dans leur pathogénie aux auto-intoxications diverses et aussi aux soins locaux donnés aux malades.

J'ai l'honneur de vous présenter des photographies des différentes moelles dont je décris les altérations dans cette communication.

DISCUSSION

M. DUPAIN. — J'admets, comme M. Vigouroux, la fréquence relative des eschares chez les paralytiques généraux. S'il est possible d'empêcher l'apparition des eschares chez un grand nombre de ces malades par les

soins de propreté et d'hygiène, il n'en existe pas moins des cas où ces soins ne suffisent plus. Ces cas s'expliquent par l'existence d'une lésion de l'axe cérébro-spinal. On aurait donc tort de se prononcer *a priori* sur l'origine d'une eschare et de l'imputer à un manque de soins.

M. VIGOUROUX. — En résumé, il existe chez les paralytiques généraux des eschares de trois sortes : 1° des excoriations mal soignées, qui s'infectent et déterminent des mortifications plus ou moins étendues; 2° des eschares fessières en rapport avec des poussées congestives; 3° des eschares sacrées en rapport avec des lésions de myélite aiguë. J'en conclus qu'il est inexact de dire avec les classiques (le *Traité* récent de M. Gilbert Ballet, par exemple) que les eschares sont toujours évitables chez les paralytiques généraux.

M. ARNAUD. — Je tiens à faire remarquer que tous les classiques français et étrangers ont toujours considéré les eschares comme une complication inévitable de la dernière période de la paralysie générale, et les travaux que j'ai publiés sur ce sujet ont précisément pour but de démontrer l'inexactitude de cette observation. Les eschares doivent être très rares chez les paralytiques généraux, beaucoup plus rares qu'on ne le croirait à la lecture des classiques, si l'on prend les soins nécessaires.

M. TOULOUSE. — Je crois que les troubles trophiques sont pour beaucoup dans la genèse des eschares chez les paralytiques généraux. Les soins de propreté diminuent les eschares dans un service de gâteux, mais on ne saurait prétendre que l'on peut, par des soins, éviter tout à fait les eschares. La malpropreté est une cause occasionnelle des eschares, dont la cause efficiente est dans le terrain.

M. CHRISTIAN. — Dans mon service, où se trouvent un grand nombre de paralytiques généraux, il n'y a pas d'eschares. J'attribue ce résultat surtout au mode de couchage, à l'emploi de la zostère. Cependant, il n'est pas douteux que certaines eschares ne soient dues à une complication médullaire.

M. VIGOUROUX. — Le mode de couchage n'a qu'une importance relative. En effet, j'ai observé que, dans les

mêmes conditions de couchage, certains paralytiques généraux restent deux ans et plus sans avoir d'eschares, alors que d'autres en ont quelques jours après leur entrée. C'est pourquoi j'ai cherché les raisons de ces différences.

M. ARNAUD. — Je crois avoir été dans le vrai en écrivant : « Le jour où les médecins et le personnel seront convaincus que les paralytiques généraux ne doivent pas avoir d'eschares, il n'y en aura presque plus. » J'admets cependant que, dans quelques cas rares, des eschares peuvent être produites chez les paralytiques généraux par les causes qu'a indiquées M. Vigouroux.

M. BRUNET. — Dans les discussions sur les eschares, il faut rappeler le nom d'Archambault, médecin de Charenton, qui a si heureusement perfectionné l'hygiène des gâteaux.

Aliénés simulateurs,

par M. A. VIGOUROUX.

De ces deux observations d'aliénés simulateurs l'une, presque banale, se rapporte à un débile de caractère congénitalement instable, vagabond et voleur, qui simule la folie pour entrer à l'asile, et qui une fois interné demande sa sortie en se réclamant de sa qualité de voleur.

La seconde, plus intéressante est celle d'un délirant persécuté qui, interné une première fois et transféré dans un asile de province, a su dissimuler son délire pour obtenir sa sortie et qui, dehors, se trouvant de nouveau en but aux persécutions de ses ennemis et espérant trouver à l'asile un refuge, a simulé, assez mal du reste, un délire qu'il n'avait pas, afin d'obtenir sa réintégration. Une fois à l'asile il se montra tel qu'il était, c'est-à-dire un persécuté halluciné à réactions violentes et dangereuses.

OBS. I. — Gr... (Jean-Baptiste), âgé de trente-neuf ans, jardinier, a été arrêté à la gare Saint-Lazare manifestant des idées incohérentes de satisfaction et de grandeur. Il était Guillaume Tell, il réclamait un train spécial pour Monaco, etc., etc. Conduit à l'infirmerie spéciale du dépôt, le Dr Legras le considère comme atteint de débilité mentale avec apparence d'idées

de grandeur et de richesse et conclut à la nécessité d'une observation plus longue dans un asile (15 septembre 1904).

Dès son entrée à l'asile, le 17 septembre 1904, Gr... ne présente plus de délire, il dit avoir conservé le souvenir des extravagances qu'il a faites et dites et il les attribue à des excès alcooliques faits à sa sortie de l'asile de Quatre-Marcs, sortie qui avait eu lieu sept jours auparavant. Il avoue avoir été interné une autre fois en 1889 dans un asile près de Lyon. Il avait du tremblement des mains, du strabisme, un œil atteint de cataracte et opéré d'iridectomie, il était syphilitique et en avait des stigmates, il blésait en parlant et avait toutes les apparences d'un débile mental avec instabilité dans les idées et ayant eu des bouffées délirantes passagères d'origine alcoolique.

Il fut maintenu et employé aux travaux du jardin. Trois semaines après son entrée, il commença à me demander sa sortie, et bien qu'ayant constaté la disparition complète du délire, je fus amené à reculer la date de la sortie à cause de sa débilité mentale, de son isolement, il n'a aucun parent à qui le confier, et surtout à cause de la rapidité de sa rechute. Il n'était resté que sept jours en liberté après sa sortie de l'asile de Rouen.

Le 13 novembre, quelques jours après que j'eusse remis sa sortie à plus tard, il adressait à M. le Procureur et à moi-même les lettres ci-jointes.

« Monsieur le Procureur,

« J'ai l'honneur de vous exposer les faits suivants :

« Je me nomme Gr... (Jean-Baptiste) et je suis interné à l'asile depuis le 17 septembre dernier, j'ai demandé à plusieurs reprises ma liberté à M. le Dr Vigouroux sans aucun résultat.

Il est utile de vous dire, Monsieur le Procureur, pour bien vous faire comprendre la situation, que je suis un simulateur, et que je ne suis jamais été atteint de folie voici pourquoi, j'ai commis dernièrement plusieurs vols et pour dépister la police je ne reconnais rien de mieux que de me réfugier dans un asile d'aliénés, ce qui m'est d'ailleurs très facile car les médecins aliénistes, pour peu qu'un homme divague dans ses paroles, c'est un aliéné, et pour moi qui n'en suis pas à mon coup d'essai, il m'est aisé de les tromper, car il m'est encore plus doux de finir mes jours dans un asile qu'au bagne ou à la relégation c'est simplement pour vous donner un aperçu de l'ordre qui existe dans les asiles d'aliénés, combien de malfaiteurs s'y cachent sous des faux noms pour échapper à la justice dont la plupart je connais leurs méfaits. Pour vous convaincre que j'ai ma raison, je vais vous signaler quelques-uns des asiles où

J'ai passé quelques jours pour échapper à la justice dont la dernière est très récente à Quatre-Marcs, près de Rouen, sous le nom de Coulois (Joseph) sujet suisse, à Tournai (Belgique), à Armentières (Nord), à Clermont (Oise), à Lyon (Rhône), à Montpellier (Hérault), vous n'avez donc qu'à vous renseigner et vous reconnaîtrez parfaitement que les faits que j'avance sont exacts.

« Je termine, Monsieur le Procureur, en vous signalant cet aperçu si toutefois vous aviez besoin de plus amples renseignements je suis à votre disposition.

« Daignez agréer, Monsieur le Procureur, l'hommage de mon plus profond respect.

« GRI... (Jean-Baptiste),

« Vaucluse, le 13 novembre 1904 ».

« Monsieur le docteur,

« Je prends la liberté de vous écrire ces quelques lignes pour vous avouer carrément qui je suis et ce que je fais puisque vous avez l'intention de me conserver indéfiniment, il vaut mieux que vous soyez fixé, car pour moi je n'ai plus d'espoir.

« Vous avez en moi, Monsieur le docteur, un voleur proprement dit, qui simule la folie pour échapper à la justice et qui cache le produit de ses vols pour les retrouver à sa sortie de l'asile et pendant ce laps de temps la police est dépistée, vous n'êtes pas le seul à vous tromper sur mon état mental j'ai trompé des professeurs, ainsi exemple : M. Mérette, de Montpellier (asile), M. Lentz, de Tournai (Belgique), M. Kéraval d'Armentières (Nord), ainsi que M. Chardon, M. Tivet, de Clermont (Oise), etc., etc., tout ceci pour échapper à la relégation ou au bagne. J'ai huit évasions d'asile d'aliénés, au bagne que faire il y a des forêts vierges à traverser, des lacs que sais-je, enfin il faut être courageux pour cela et je ne suis qu'un lâche, etc., etc. »

Interrogé à nouveau, il me confirme la teneur de ses lettres, il me donne des renseignements précis sur les différents asiles et sur les médecins aliénistes dont il parle dans ses lettres.

Enfin, il précise les vols qu'il dit avoir commis et les différents délires, mystiques, de persécution ou de grandeurs qu'il prétend avoir simulés pour se faire arrêter.

Il nous avoue même avoir caché le produit de son dernier vol et que c'est parce qu'il a besoin de retourner à Paris qu'il ne s'est pas évadé pendant le travail à la faveur du brouillard, craignant d'être repris rapidement par la police.

Le dossier de la Préfecture de police m'apprit qu'au moins une certaine partie des allégations de Gr... étaient vraies.

Il avait, en effet, encouru non pas dix-sept mais dix-huit condamnations.

Il avait été interné à l'asile de Rouen sous le nom de Coulois.

Mais j'appris également que si Gr... entraît pour la première fois dans les asiles de la Seine ce n'était pas sa faute. Il n'était pas inconnu à la Préfecture de police ni à l'infirmerie du dépôt.

A maintes reprises il avait cherché à se faire interner.

En 1902 il s'est fait arrêter quatre fois en simulant des idées de grandeur, criant : vive le duc d'Orléans, prétendant être le ministre de la guerre, etc., etc. M. le D^r Garnier avait toujours reconnu la simulation le considérant comme un « buveur d'habitude, paresseux, exigeant, désirant être placé à Sainte-Anne pour être mieux traité qu'à Nanterre. »

Je proposai sa sortie à la Préfecture de police qui l'autorisa.

Interrogé alors que sa sortie était signée, il déclara que les 17 condamnations étaient pour vagabondage et non pour vol et qu'il avait simulé, en se prétendant voleur ! pour obtenir de sortir de l'asile.

En prison, il simule la folie pour entrer à l'asile ; à l'asile, il simule le vol pour aller en prison.

Du reste, des comparaisons qu'il a pu faire entre les différents asiles et prisons, il conclut que ces deux genres d'établissements ont leurs avantages et leurs inconvénients pour un travailleur.

En prison, en travaillant on gagne plus d'argent et on a du vin ; à l'asile, on peut fumer, mais on n'a pas de vin et on gagne des sommes dérisoires. Il voudrait un établissement où l'on puisse gagner de l'argent, fumer, boire du vin et avoir un jour de sortie par semaine.

Je crois qu'en effet sa place n'est ni dans un asile d'aliénés ni dans une prison mais qu'elle est tout indiquée dans l'asile spécial du D^r Colin ; asile réclamé, attendu depuis si longtemps, où il se rencontrera avec les Grav..., Guz..., etc., dont M. Colin a publié les observations détaillées dans son dernier rapport.

*
* *

OBS. II. — La deuxième observation se rapporte à un homme de vingt-quatre ans, Veis... Georges, instituteur, entré à l'asile le 2 février 1904.

Il présentait un délire de persécution basé sur des interprétations délirantes. Placé comme professeur chez M. Fauvel,

chef d'institution, il prétend qu'après avoir refusé d'épouser la belle-sœur de M. Fauvel, il a été contraint de quitter l'établissement, et qu'après il n'a pu trouver d'emploi digne d'un homme. « aussi bien que lui »; il en conclut que M. Fauvel avait résolu de l'affamer pour le forcer à rentrer chez lui et que dans ce but, il a donné le mot d'ordre aux deux agences de placement de Paris. Jamais cependant M. Fauvel ne lui a proposé directement la main de sa belle-sœur, il ne lui a fait connaître ses intentions que par des allusions indirectes.

La jeune fille ne lui avait non plus jamais fait d'ouverture, mais elle avait des intonations en lui parlant qui ne laissaient pas de doute sur ses intentions. Il est allé trouver M. Fauvel pour lui dire qu'il voyait clair dans son jeu et que malgré ses persécutions il ne l'aurait jamais vivant; il écrivit une lettre de plainte au commissaire de police de Neuilly et à M. le préfet de police, etc.

Il reste deux mois à l'asile; ses idées de persécution ne se modifient pas; il n'avoue pas d'hallucination, il considère son internement comme une persécution de M. Fauvel et se montre violent dans ses réactions délirantes.

Les renseignements fournis par sa famille nous apprennent qu'il n'a pas d'antécédents héréditaires, mais que dès son jeune âge il a toujours eu de l'exagération de la personnalité et fait preuve d'un égoïsme excessif.

Transféré à l'asile de Bonneval, il sut dissimuler son délire assez bien pour obtenir sa sortie. Il va passer quelque temps dans la Lozère chez ses parents.

Mais là, le délire continue plus actif, les hallucinations s'ajoutent aux interprétations délirantes et il revient à Paris au commencement d'octobre.

Sous l'influence de son délire, il se fait arrêter une première fois après avoir fait du scandale chez M. Fauvel son persécuteur.

Amené à l'infirmerie du dépôt, il dissimule son délire et M. le D^r Garnier le met en liberté « parce qu'il n'a pas donné de signe d'aliénation mentale depuis son entrée et bien qu'il allègue une amnésie qui paraît fantaisiste ».

En liberté de nouveau, les hallucinations reparaissent : médisances, calomnies, menaces de mort, etc. Il espère trouver un refuge à l'asile où déjà il a été placé. Et pour obtenir son internement, il simule un délire bizarre et se fait volontairement arrêter.

Reconduit à l'infirmerie du dépôt quelques jours après en être sorti, il est envoyé à Sainte-Anne avec le certificat suivant du D^r Garnier :

Veis... est un déséquilibré qui, dénué de ressources, sans

domicile, se livre à des extravagances volontaires dans le but de se faire placer à Sanite-Anne. Il raconte, sans pouvoir tenir du reste son sérieux, tantôt qu'il est poursuivi par les apaches, tantôt qu'il fait partie de l'apacherie, etc., et qu'il va avec ses compagnons, livrer à l'Elysée. Il mange bien et dort de même, sous ces dehors de simulateur, Veis... présente néanmoins un fonds d'instabilité mentale. Il y a lieu de l'observer plus longuement. »

A l'asile de Vaucluse il se montre d'abord calme et très réticent; puis, au bout de quelques jours, il redevient délirant, il nous avoue qu'il a simulé des idées délirantes pour entrer de nouveau à l'asile et y trouver la tranquillité qu'il n'a pu avoir ni dans la Lozère, ni à Paris.

Il a des hallucinations de l'ouïe et des interprétations délirantes. La même femme, belle-sœur de M. Fauvel, dont il a refusé la main, le poursuit sans cesse, elle a soulevé contre lui une partie de la France; il entend des allusions, des calomnies, des médisances. Il a des craintes d'empoisonnement. Il résistera et quand il sortira d'ici ce sera une affaire plus grande que l'affaire Dreyfus, car ses droits sont violés, etc.

Il écrit à sa persécutrice les lettres suivantes :

« Vieille vache,

« Je te préviens que chaque fois que tu me feras enmerder
« je t'adresserai une épître de ce genre. Continue, vil chameau,
« continue à employer tes sales procédés. Tu me fais souvent
« parler de ton bouilli de bœuf; il est bien certain que si tu
« avais la sage idée de te le fourrer dans le vagin (ce bouilli de
« bœuf) je serais tranquille car tu n'éprouverais plus autant de
« démangeaisons. Tu me veux, tu m'auras, c'est entendu;
« mais ce ne sera pas sans que tu sois obligée de faire de gros
« sacrifices, et prends garde alors que je ne te fasse pas expier
« en un instant, charogne, toutes les tracasseries que tu m'as
« fait subir pendant une année entière.

« Respecte les autres si tu veux qu'on te respecte.

« Ves...

Vaucluse, le 25 novembre 1904

Une seconde lettre de lui commence par ces lignes :

« Vache entre les vaches !

« Je te demandais la tranquillité dans ma dernière lettre. Je
« te la demande parce que j'en ai besoin et parce que j'y ai
« droit, etc., etc. »

Son délire est des plus actifs et le pousse à des réactions extrêmement violentes, et le fait intéressant est que, malgré

l'activité et l'intensité de ce délire, il ait pu le dissimuler et que n'ayant, bien entendu, aucune conscience du caractère morbide de son délire il ait songé à simuler la folie pour se faire interner.

DISCUSSION

M. LEGRAIN. — J'ai, dans mon service, un malade envoyé de la prison de la Santé, parce qu'il manifestait quelques idées de persécution et un délire alcoolique. Au bout de quelque temps, il a déclaré qu'il avait simulé son délire alcoolique pour obtenir une ordonnance de non-lien. Mais j'ai découvert alors qu'il était atteint d'un délire très intense dont le début remontait à dix ans.

M. THIVET. — J'ai eu, dans mon service, le premier malade dont il s'agit. La question des débiles simulateurs est très délicate. A quel moment doit-on les mettre en liberté?

M. COLIN. — Les simulateurs, en général, ne veulent pas être gardés longtemps. D'autre part, nos asiles ne sont pas faits pour eux. A ces sujets, ne convient ni l'asile ni la prison. Il leur faut donc un régime spécial.

M. VIGOUROUX. — Pour ma part, j'ai renoncé à les garder à l'asile. Ils n'acceptent de travailler que dans les services généraux, où des moyens d'évasion faciles leur sont offerts, et ils partent quand ils le veulent; et, d'autre part, il serait cruel de les maintenir inoccupés dans un quartier fermé.

Aphasie motrice à répétition chez une morphinomane (1).

par MM. PIERRE ROY et PAUL JUQUELIER.

En dehors des aphasies intermittentes habituellement liées à quelque cause organique, il existe deux grands groupes d'*aphasies transitoires* : les aphasies toxiques

(1) L'observation qui fait l'objet de cette communication est publiée *in-extenso* dans le numéro de janvier 1905 du *Journal de Psychologie*.

(type : aphasie urémique) et les aphasies dites fonctionnelles, qui sont presque toujours de nature *hystérique*.

Chez une morphinomane, sans lésion organique, étudiée dans le service de M. le P^r Joffroy, nous avons observé une attaque absolument typique d'aphasie motrice ; cette attaque était la cinquième présentée par la malade et a guéri comme les précédentes, ne laissant aucune trace. Sans prétendre écarter nécessairement le diagnostic d'aphasie hystérique chez une malade que sa morphinomanie, à défaut d'autres stigmates, suffirait à désigner comme une déséquilibrée du système nerveux, il nous a paru que le diagnostic d'aphasie toxique méritait d'être discuté, étant donné que l'intoxication morphinique remontait à trente ans :

Il s'agit d'une vieille fille de soixante et un ans, entrée le 24 juin 1904 dans le service du P^r Joffroy pour y être traitée de sa morphinomanie, et qui faisait usage de morphine depuis l'âge de vingt-huit ans (1876). Elle prenait environ 1 gramme par jour avant son entrée, et a été réglée après quelques tâtonnements à 0,40 centigrammes répartis en quatre injections quotidiennes.

C'est une femme de petite taille, chétive, présentant un léger degré d'éréthisme cardio-vasculaire, mais sans autre lésion appréciable des viscères.

Le 6 juillet 1904, après une nuit calme, alors que rien n'attirait l'attention sur elle, M^{lle} B..., notre malade, se promenant dans le couloir, chancela brusquement et dut être conduite à son lit. Elle ne perdit pas connaissance, eut quelques convulsions de la face, et fut incapable, quand on l'interrogea, de répondre aux questions qu'elle comprenait fort bien. Elle n'articulait aucun mot, n'écrivait en copiant ou sous dictée que lettre à lettre, oubliait immédiatement le mot qu'elle venait de lire, mais n'avait ni cécité ni surdité verbale. Elle ne présentait ni phénomènes paralytiques, ni troubles de la sensibilité. Le réflexe pharyngien était normal. Des lésions oculaires (cataracte droite, chorio-rétinite gauche) empêchaient l'examen du champ visuel. Il y avait dans les urines un léger nuage d'albuminurie qui n'existait pas à l'entrée.

Prévenue de l'incident, la nièce de la malade nous apprit que depuis 1897, quatre crises analogues avaient précédé celle que nous observions, et nous donna en outre des renseignements sur le passé de M^{lle} B... sujette depuis l'âge de cinq ans à des crises nerveuses.

Jusqu'au 29 juillet 1904, l'état général de M^{lle} B... était

suffisamment bon pour permettre la démorphinisation lente, faite à l'insu de la malade, selon les règles en usage dans le service du P^r Joffroy, mais l'aphasie motrice persistait; celle-ci disparut *progressivement* du 29 juillet au 6 septembre. Les troubles de l'écriture évoluèrent parallèlement aux troubles du langage, ainsi qu'en témoignent deux intéressants documents joints à l'observation :

Le premier, du 30 août, est un court manuscrit en style *petit-nègre*, avec nombreuses ratures; le second, du 10 septembre, est une longue lettre emphatique, aux tournures correctes, et témoignant par l'abus des qualificatifs que l'auteur dispose d'un riche vocabulaire.

L'albuminurie a disparu.

L'élocution reste absolument correcte jusqu'au 25 octobre.

Le 2 octobre, après un léger mouvement fébrile, et quelques jours de mauvaise humeur due à la crainte de la suppression trop brusque de la morphine, la malade présente du *bredouillement* tout différent de l'aphasie antérieure et ne pouvant lui être comparé en rien : tous les mots, même les noms propres, sont trouvés après quelque hésitation. Ce bredouillement disparaît complètement le 15 novembre. Dès le 1^{er} novembre, il n'a plus été injecté de morphine; mais afin de rassurer la malade, des injections de sérum artificiel ont été pratiquées pendant trois semaines environ après la suppression totale du toxique. A l'époque actuelle, M^{lle} B..., dont l'état général est satisfaisant, et qui engraisse un peu, présente des phénomènes de *dysbasie* lentement régressifs.

En résumé, il s'agit d'une morphinomane invétérée, ayant présenté, pendant le cours d'une démorphinisation lente, une attaque typique d'aphasie motrice, qui, précédée de quatre attaques analogues dans le cours des sept dernières années, dura deux mois et disparut.

Quelle est l'étiologie de cette aphasie?

1^o C'est bien de *l'aphasie motrice corticale vraie* : l'usage de la parole était aboli, l'épreuve de la lecture mettait en relief l'oubli immédiat même du dernier mot que la malade venait de lire, les troubles de l'écriture étaient tout à fait caractéristiques. Nous n'avons trouvé dans aucune observation d'aphasie hystérique un tableau clinique de l'aphasie motrice aussi parfaitement imité jusque dans ses plus petits détails.

2^o Notre malade ne présentait aucun des symptômes des affections dans lesquelles on trouve de l'aphasie organique : c'était tout simplement une morphinomane

et sans doute aussi une hystérique ; c'est donc tout naturellement que nous avons été conduits à retenir ces deux causes comme les plus vraisemblables, et à discuter exclusivement chez elle le diagnostic d'aphasie toxique ou d'aphasie hystérique.

3° En faveur de l'hystérie, il faut retenir l'émotivité habituelle de M^{lle} B..., les crises convulsives qu'elle présente depuis l'enfance, le bredouillement, la dysbasie que nous avons observés. A certains égards, il semble donc assez naturel d'attribuer à l'hystérie les crises répétées d'aphasie de notre malade. Mais si l'on étudie les caractères de l'aphasie hystérique, d'après Jaccoud, d'après Déjerine, d'après Guillaumin qui résumait récemment, à ce sujet, les opinions de la plupart des auteurs, on voit qu'il est impossible de fixer actuellement les caractères de l'aphasie hystérique. L'hystérie simule tout, mais elle simule mal ; c'est une bizarrerie inattendue qui fera dépister l'origine fonctionnelle, sous l'imitation toujours grossière du tableau clinique de l'aphasie.

Or, la cinquième attaque d'aphasie présentée par notre malade était en tout semblable à une attaque d'aphasie motrice vulgaire. Rien ne manquait : abolition de la parole, troubles de la lecture et de l'écriture. On imite un malade qui ne parle pas, on ne songe guère à imiter cette écriture sous dictée pénible, anxieuse lettre par lettre, ni cette écriture sous copie épelant pour ainsi dire chaque lettre avec le doigt indicateur. Nulle bizarrerie d'allure, symptomatologie typique et évolution typique de l'aphasie motrice classique : début brusque, période d'état stationnaire, guérison lente et progressive.

4° Ainsi, nous avons été conduits à discuter la possibilité d'une autre origine, l'origine toxique, pour cette aphasie survenue chez une morphinomane invétérée. Mais, à notre connaissance, aucun cas d'aphasie n'a été jusqu'ici rapporté à l'intoxication par la morphine, et même aucun cas d'aphasie n'a été signalé chez les morphomanes.

Si nous n'avons trouvé nulle part la description d'une aphasie morphinique, admise seulement par analogie avec celle des autres intoxications, nous pouvons

du moins essayer d'en déduire aussi par analogie les caractères possibles. L'aphasie morphinique devait avoir, comme dans le cas actuel, des caractères analogues à ceux de l'aphasie urémique, ou de l'aphasie saturnine. Nous ne croyons guère que la perte de la parole puisse être en rapport chez notre malade avec la légère albuminurie du début, albuminurie qui n'est sans doute que le signe d'une intoxication invétérée, semblable à celle qui pourrait coexister avec l'aphasie saturnine. En particulier, nous n'avons pas trouvé chez notre malade l'hypertension artérielle à laquelle tout récemment Vaquez attribuait le rôle primordial dans la pathogénie de l'aphasie transitoire liée à l'urémie ou au saturnisme.

Parmi les cas d'aphasie transitoire toxique signalons celui de Dunoyer : Une jeune tuberculeuse de vingt ans qui avait pris 5 centigrammes de santonine fut aphasique pendant trois heures, aussi longtemps qu'elle vit les objets environnants colorés en jaune; mais nous n'avons pas dans le morphinisme un signe comparable à la xantopsie dans l'intoxication par la santonine, c'est-à-dire un signe dont la durée strictement égale à celle de l'aphasie pourrait nous permettre d'affirmer l'origine toxique de cet accident. Aussi n'est-ce pas une affirmation que nous apportons ici, mais simplement une hypothèse, en nous demandant si l'aphasie transitoire et à répétition de notre malade ne peut pas être rapportée à l'intoxication morphinique.

DISCUSSION

M. RITTI. — On pourrait, il me semble, intituler cette observation : Aphasie motrice chez une hystérique sous l'influence d'une intoxication par la morphine.

La séance est levée à 6 heures.

J.-M. DUPAIN.

SÉANCE DU 30 JANVIER 1905

Présidence de M. VALLON.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Colin, Gimbal, Girand, Hamel, Lwoff, Thivet et Vurpas, membres correspondants, assistent à la séance.

Installation du Bureau.

M. VALLON. — Messieurs, je reçois de notre Président la lettre suivante :

Paris, 30 janvier 1905.

Mon cher Collègue,

J'ai été pris ce matin d'un accès de névralgie faciale à laquelle je suis sujet depuis bientôt deux ans. Je vous envoie la petite note que j'avais écrite hier et que je comptais lire en vous installant comme président. Il m'est impossible de le faire et je vous prie de bien vouloir m'excuser.

Je vous envoie cette note que je vous prie de faire lire par un secrétaire, si vous le jugez convenable.

Bien à vous,

BRUNET.

Messieurs, puisque le président sortant n'est pas là pour m'installer, il faut bien que je m'installe moi-même. Je regrette d'autant plus l'absence de M. Brunet qu'il est retenu loin de nous pour une douloureuse maladie. Je lui adresse nos souhaits de prompt guérison avec tous les remerciements de la Société pour le soin avec lequel il a dirigé nos séances, pour l'amabilité dont il a fait preuve au cours de l'année qui vient de s'écouler. La présidence de la Société médico-psychologique a été pour lui le couronnement d'une honorable et très longue carrière dans les asiles.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture du discours suivant de M. BRUNET :

« Messieurs, je vous remercie beaucoup de la grande

bienveillance que vous m'avez témoignée pendant mon année de présidence.

« La *Société médico-psychologique* a montré, en 1904, une grande activité; de nombreuses observations lui ont été présentées et ont donné lieu à des discussions intéressantes. Pour permettre la lecture de toutes, nous avons dû prendre un arrêté, d'après lequel, la durée maximum de chacune d'elles ne devait pas dépasser un quart d'heure.

« Comme les années précédentes, nous avons constaté la rareté des communications de nos collègues des asiles de province, ce qui tient en partie à ce que leur avancement ne peut leur être donné qu'à l'ancienneté et que l'on ne tient pas compte des travaux intellectuels auxquels ils se livrent. Des modifications devraient être introduites dans les cadres de l'administration pour permettre de tenir compte de ces travaux. Les asiles de province sont nombreux, constituent une mine d'exploration scientifique très riche, qui pourrait être mieux explorée, puisque maintenant tous les médecins qui les dirigent sont nommés au concours, connaissent très bien l'état de la psychologie actuelle.

« M. Ritti, notre secrétaire général, nous a lu un éloge remarquable de M. Lunier, notre ancien collègue, qui a terminé sa carrière comme faisant partie des inspecteurs généraux des asiles d'aliénés. Ces inspecteurs rendaient de grands services en donnant de sages conseils à nos jeunes collègues à leurs débuts, en appuyant leurs réclamations lorsqu'ils en reconnaissaient la légitimité. Leur rétablissement constituerait une grande amélioration dans le service des asiles. Ils ont été supprimés pour cause d'économie, mais la dépense pourrait en être imputée sur la dépense du budget des asiles, comme celle du concours des médecins adjoints. On se plaint beaucoup du défaut de surveillance des asiles; en province elle est presque nulle et les inspecteurs généraux pourraient seuls l'exercer.

« MM. Dupain et Blin secrétaires des séances ont rempli avec beaucoup de zèle les fonctions dont ils étaient chargés; nous avons regretté la démission de M. Blin pour cause de maladie.

« Nous sommes tous très heureux de voir notre vice-

président M. Vallon, presque entièrement rétabli de la tentative de meurtre dirigée contre lui par un aliéné persécuteur de son service.

« Je le prie de prendre place au fauteuil présidentiel où il me remplacera avantagensement. »

M. VALLON. — Mes chers collègues, il y a un an, en me choisissant pour votre vice-président, vous m'assuriez, suivant la règle de notre Société, la présidence pour 1905 et voilà que le conteau d'un aliéné a failli me priver de l'honneur que vous m'aviez conféré. J'ai pu heureusement résister, et le geste brutal de mon malade m'a procuré une des plus grandes et des plus douces satisfactions de ma carrière. A la nouvelle de l'attentat, vous êtes venus, nombreux, m'apporter le témoignage de votre estime et de votre sympathie, me prodiguer vos consolations et vos encouragements. A la séance du mois d'octobre vous avez donné à votre démonstration un caractère quasi officiel. Je vous en remercie du fond du cœur, tous collectivement ; citer des noms cela m'entraînerait trop loin.

Mais cependant, prenant la parole aujourd'hui je ne saurais laisser passer cette occasion unique de donner un témoignage public de ma vive et sincère gratitude aux confrères qui m'ont assisté dans ces circonstances douloureuses : M. Magnan, entre les bras duquel je suis pour ainsi dire tombé, n'a cessé de veiller sur ma santé avec une sollicitude éclairée ; mon vieux camarade Ballet s'est empressé de m'apporter le réconfort de son amitié et de son robuste optimisme ; M. le professeur Joffroy est venu presque chaque jour me faire entendre de bonnes paroles. Mon ami Picqué m'a montré un dévouement sans bornes, couchant pendant des semaines au pavillon de chirurgie, tout prêt à intervenir en cas d'hémorragie. Qui de vous pourrait s'en étonner ; le chirurgien des asiles de la Seine n'est-il pas le dévouement fait homme ? M. le professeur Berger m'a ouvert les trésors de son expérience au moment où les inquiétudes à mon endroit étaient le plus vives. Mes internes, MM. les D^{rs} Bour et Danjean à tour de rôle, ont passé la nuit à mon chevet.

A tous j'adresse un cordial merci.

Les médecins des asiles de province n'ont pas montré

moins d'empressement que ceux des asiles de la Seine et que mes confrères de Paris : dépêches, lettres, cartes n'ont cessé d'affluer en si grand nombre qu'il était impossible d'y répondre. J'ai plaisir à rappeler ces manifestations, elles montrent que la confraternité médicale n'est pas un vain mot, que nous valons mieux qu'on le dit souvent, que nous avons le tort de le dire nous-mêmes quelquefois.

A côté des témoignages de sympathie des divers membres de la famille médicale, des amis personnels (magistrats, avocats, etc.), je dois mentionner ceux des diverses autorités : le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, le président du Conseil Général de la Seine se sont enquis, à diverses reprises, de l'état de ma santé. Le préfet de la Seine, le préfet de Police, les secrétaires généraux et les fonctionnaires du service des aliénés des deux préfectures se sont rendus à Sainte-Anne. Je ne dois pas oublier la Commission de surveillance des asiles d'aliénés et la chalenreuse lettre de son président M. Athalin.

Enfin M. le Dr Navarre et M. Henri Rousselle, conseillers généraux, m'ont consacré des lignes aimables, l'un dans le rapport général sur le service des aliénés, l'autre dans le rapport spécial de l'asile Sainte-Anne.

Il n'y a aucune fatuité de ma part à me complaire dans cette longue énumération, tous ces hommages, en effet, s'adressaient moins à ma personne qu'au médecin blessé dans son service, tombé sur le champ de bataille où tous nous risquons chaque jour notre vie.

Quelques-uns d'entre vous m'ont demandé de leur faire connaître les circonstances dans lesquelles j'ai été blessé, de leur dire comment un aliéné a pu se procurer un couteau, comment il a pu le cacher pendant plusieurs mois, comment enfin il a réussi à m'en frapper sans que son bras ait été arrêté par le personnel de surveillance. Je ne crois pas pouvoir satisfaire cette bien légitime curiosité, au moins quant à présent ; il convient, au préalable, que j'aie fourni sur ce sujet le rapport que l'administration ne manquera pas de me demander ; elle ne me l'a pas encore réclamé, sans doute dans la crainte de troubler ma convalescence. Mais vous le concevez, une enquête administrative s'impose à la suite de l'en-

quête judiciaire qui ne pourrait avoir d'autre but, elle, que d'établir la responsabilité ou l'irresponsabilité de l'agresseur au point de vue pénal.

Je n'en ai pas fini avec les devoirs de mon cœur, je dois maintenant vous remercier, mes chers collègues, de l'insigne honneur que vous m'avez fait en m'appelant à diriger vos travaux. Au moment où je prends possession du fauteuil de la présidence, je ne puis me défendre d'une certaine fierté, d'un légitime orgueil en pensant aux médecins éminents qui m'y ont précédé. Parmi mes devanciers, je vois les illustrations, les célébrités de la psychiatrie française, je vois mes maîtres regrettés : Baillarger, Ball, Lasègue, Falret, Henri Dagonet, pour ne citer que les disparus. Je salue respectueusement leur mémoire.

Notre compagnie, mes chers collègues, depuis sa fondation a toujours été au premier rang des sociétés savantes, elle jouit, tant en France qu'à l'étranger, d'une juste renommée, elle ne saurait déchoir ; pour en avoir l'assurance, il me suffit de regarder autour de moi.

La qualité des candidats qui se présentent chaque fois qu'une place de membre titulaire est vacante vous permet de n'accorder vos suffrages qu'à des confrères dignes, à tous égards, d'être des nôtres. Dans les prochaines élections vous continuerez, comme par le passé, à tenir compte non seulement des travaux des candidats, de leurs titres, mais aussi de leur correction au point de vue professionnel et confraternel. L'autorité d'une société comme la nôtre n'est-elle pas faite autant de la valeur morale que de la valeur intellectuelle de chacun des membres qui la composent.

Que l'année qui commence soit féconde en communications, en travaux de toutes sortes, c'est mon vœu le plus cher. Vous pouvez compter sur mon exactitude, mon zèle, ma bonne volonté ; permettez-moi à mon tour de compter sur votre assiduité et vos efforts ?

Pour nous aider dans notre œuvre, je fais appel au concours de nos membres correspondants et aussi des internes des asiles d'aliénés que j'ai le plaisir de voir en grand nombre aujourd'hui et je leur dis : Jeunes confrères, apportez-nous les faits intéressants que vous aurez l'occasion d'observer ; vos relations, je vous en

donne l'assurance, seront écoutées avec attention, discutées avec bienveillance. Nous ne demandons pas à chacun de vous des communications à jet continu, mais quelques petits opuscules de bon aloi; le nombre importe peu, la qualité est tout. Gardez-vous des œuvres hâtives et brûlées; sachez, comme le répétait souvent mon maître Jules Falret, mettant en prose un vers connu, que : Le temps ne respecte rien de ce qui se fait sans sa collaboration. Ecrivez seulement quand vous aurez quelque chose à dire et non pour le simple plaisir d'enfiler des phrases les unes à la suite des autres, comme des enfants qui s'amuse à faire des chapelets de marrons d'Inde. Recueillez les faits tels qu'ils se présentent à votre observation, ne les déformez point pour les faire servir de preuves à des idées préconçues, à des théories construites à l'aide d'hypothèses. Ne travaillez pas à coups de ciseaux, respectez le bien d'autrui, n'empruntez qu'en indiquant soigneusement les sources. Évitez par-dessus tout de donner à vos communications la forme de leçons didactiques; partout et surtout dans cette enceinte, ce n'est pas aux conscrits à montrer la route aux vétérans. Soyez modestes, la modestie est une vertu rare et nulle ne sied mieux à la jeunesse.

Surtout n'allez pas exagérer la portée de mes paroles et pousser la réserve jusqu'à l'abstention; mes conseils d'aujourd'hui n'ont d'autre but que de vous éviter les critiques de demain. Venez à nous en toute confiance, vous trouverez toujours ici l'accueil légitimement dû à tout homme de bonne volonté.

A l'œuvre donc, travaillez pour vous et pour nous, mais travaillez consciencieusement; ayez toujours présent à l'esprit cette belle parole de Montaigne : Science sans conscience n'est que ruine de l'âme.

M. BRIAND. — Messieurs, je n'assistais pas à la dernière séance au cours de laquelle vous m'avez appelé à la vice-présidence de notre Société, et je n'ai pu que vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait. Vous avez voulu, sans aucun doute, me récompenser par vos votes de mon assiduité. Je m'efforcerai de mériter cette preuve de sympathie, tout en me félicitant avec vous de ce que la santé de M. Vallon, complète-

ment remis de son accident, fera de ma vice-présidence une complète sinécure.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

- 1° Une lettre de M. Saporito, d'Aversa, remerciant la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;
- 2° Une lettre de M. Sizaret, médecin en chef de l'asile de Rennes, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Ritti, Semelaigne et Antheaume, rapporteur ;
- 3° Une lettre du Président du XV^e Congrès international de médecine de Lisbonne demandant l'adhésion de la Société au Congrès et la nomination de délégués. — L'adhésion sera envoyée immédiatement et les délégués nommés ultérieurement.

La correspondance imprimée comprend :

- 1° *Considérations sur les prétendues séquestrations arbitraires et sur le service médical dans les asiles d'aliénés.* Communication faite à l'Académie de médecine de Bruxelles par M. E. Masoin, de Louvain ;
- 2° *Sur l'interprétation de certains symptômes de la démence précoce*, par M. Erwin Stransky, de Vienne ;
- 3° *Les aliénés au Canada*, par M. Chagnon ;
- 4° *Contribution casuistique sur la cure antirabique et neurasthénique*, par M. Esposito, de Nocera inferiore ;
- 5° *Contribution clinique à la connaissance de l'amyotrophie du traumatisme nerveux périphérique*, par le même ;
- 6° *Revue de l'hypnotisme*, numéros de janvier 1905 ;
- 7° *La Tempérance*, numéros de décembre 1904 et janvier 1905 ;
- 8° *Bulletin du XV^e Congrès international de médecine de Lisbonne*, n° 4.

M. le Président déclare la vacance d'une place de membre titulaire.

Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1905.

PRIX BELHOMME. — Question : *De l'association des idées chez l'idiot et l'imbécile.*

Deux mémoires ont été envoyés.

N° 1. Devise : « Les idiots ont l'esprit juste. »
(Séguin : *Éducation morale*);

N° 2. Sans devise.

PRIX ESQUIROL. — Cinq mémoires ont été envoyés.

N° 1. *Étude des troubles physiques dans la démence précoce hébéphrénico-catatonique*. Epigraphe : « Il y a un proverbe qui dit que toute branche détachée du tronc est destinée à périr. Cela est vrai pour la branche de la médecine mentale ; elle a besoin de se rattacher au tronc de la médecine générale sous peine de ne pas vivre. » (Lasègue. Congrès de médecine mentale, 1878);

N° 2. *Du rôle de la syphilis dans les maladies mentales*, par M. le D^r Marchand, médecin-adjoint de l'asile de Blois ;

N° 3. *De la stéréotypie*, par M. le D^r Gabriel Dromard.

N° 4. *Contribution à l'étude des troubles de caractère chez les paralytiques généraux. Leur prétendue bienveillance*. Epigraphe : « Primum observare ».

N° 5. *Recherches statistiques, étiologiques et cliniques sur la paralysie générale à l'asile de Blois et dans le Loir-et-Cher*, par le D^r Maurice Olivier, interne à l'asile de Blois.

PRIX MOREAU (DE TOURS). — Sept mémoires ont été envoyés.

N° 1. *Les lois morbides de l'association des idées*, par le D^r M. Pelletier.

N° 2. *Étude sur les délires post-partum envisagés spécialement au point de vue de la pathogénie*, par le D^r J. Privat de Fortunié, interne des asiles de la Seine ;

N° 3. *Étude de diagnostic entre les états de débilité mentale* ; par le D^r Henri Damaye, interne des asiles d'aliénés de la Seine ;

N° 4. *Étude sur la pathogénie des troubles mentaux liés aux lésions circonscrites de l'encéphale*, par le D^r Joseph Charpentier, interne des asiles de la Seine ;

N° 5. *Contribution à l'étude des délires par auto-intoxication (Insuffisance hépatique latente et petit brightisme)*, par le D^r Paul Juquelier, interne des asiles de la Seine ;

N° 6. *Revue critique et clinique des atrophies musculaires progressives (Importance de la réaction de dégénérescence)*, par le D^r Charles Petit;

N° 7. *Etudes cliniques relatives à l'internement des aliénés réputés criminels*, par le D^r Maurice Olivier, interne à l'asile d'aliénés de Blois.

PRIX SEMELAIGNE. — Questions : *Des sorties à titre d'essai, au point de vue clinique, administratif et législatif.* — Pas de mémoire.

La Société décide que la même question sera maintenue et le prix Semelaigue décerné en 1906.

Nomination des Commissions des prix.

PRIX BELHOMME. — MM. Blin, Chaslin, Dénys, Kéraval et Jules Voisin.

PRIX ESQUIROL. — MM. Antheaume, Arnand, Christian, Dupré et Pottier.

PRIX MOREAU (DE TOURS). — MM. Ballet, Brunet, Moreau (de Tours), Pactet et Toulouse.

Rapport de la commission des finances.

M. SEMELAIGNE. — Messieurs, l'avoir de notre Société, au 31 décembre 1903, était de . . . Fr. 3.301 84

Nos recettes en 1904, ont été de . . . 2.831 05

Total . . . 6.132 89

Les dépenses ont été de . . . 1.279 35

Reste un excédent de . . . 4.853 54

Cet excédent se décompose de la manière suivante entre les différents comptes :

Société médico-psychologique . . Fr. 941 94

Prix Aubanel . . . 2.311 60

Prix Belhomme . . . 1.300 »

Prix Moreau (de Tours) . . . 300 »

4.853 54

Vu l'état des finances de la Société, votre commission vous propose l'achat de 50 francs de rente 3 p. 100.

Il me reste à vous demander d'accepter les comptes de l'année 1904 et d'adresser des remerciements à notre trésorier.

Des remerciements sont votés au trésorier, ainsi qu'au rapporteur de la Commission des finances.

Lésions des Neurofibrilles dans la paralysie générale (Présentation de coupes),

par MM. GILBERT BALLET et LAIGNEL-LAVASTINE.

Nous avons, en 1904, par la méthode de Ramon y Cajal à l'argent réduit (1), constaté, dans les cellules nerveuses de l'écorce d'un paralytique général, des modifications des neurofibrilles que nous n'avons pas vues dans les cellules centrales de trois hommes morts de tuberculose pulmonaire chronique pris comme témoins.

Avant nous, M. Marinesco (2) a décrit des lésions des neurofibrilles dans les cellules nerveuses de l'écorce cérébrale de deux paralytiques généraux.

« Toutes les espèces cellulaires sont sujettes, dit-il, aux altérations; mais la lésion semble plus accusée dans les moyennes et petites pyramidales. »

« Ce contraste, ajoutons-nous (3), entre la pigmentation, la transformation granuleuse, la raréfaction des fibrilles des pyramidales moyennes et petites et l'intégrité des mêmes fibrilles dans la plupart des grandes pyramidales nous a aussi frappés. Il y a d'ailleurs là un parallélisme avec ce qu'on observe parfois par la méthode de Nissl.

« Dans la majorité des pyramidales, petites et moyennes, la région périnucléaire, plus ou moins claire,

(1) S. Ramon y Cajal. *Trabajos del laboratorio de investigaciones biologicas de la Universidad de Madrid*. T. II, fasc. 4 et t. III, fasc. 1^{er}.

(2) Marinesco. *Soc. de neurologie*, 2 juin 1904.

(3) Gilbert Ballet et Laignel-Lavastine. Sur les lésions des neurofibrilles dans la paralysie générale. *Soc. de neurologie*, 3 juillet 1904. *Rev. neur.*, p. 762.

est privée de fibrilles, et, à la base des prolongements, souvent les fibrilles sont brutalement rompues, onduleuses ou réduites à des points noirs, dont quelques-uns, quand on fait jouer la vis micrométrique, apparaissent être des bâtonnets.

« Dans de rares grandes pyramidales, on retrouve ces figures. Le plus souvent, on n'y voit que la raréfaction des fibrilles au voisinage du noyau.

« En outre, nous avons constaté que, sur les cerveaux témoins, le feutrage fibrillaire qui entoure chaque cellule est beaucoup plus riche et dense que chez le paralytique général. Il est nécessaire, à ce point de vue, de se mettre à l'abri d'une cause d'erreur en ne comparant dans les coupes que des régions exactement de même teinte, car l'imprégnation argentique est d'autant plus intense qu'on a étudié des points plus rapprochés des bords.

« En résumé, disions-nous pour conclure, nos constatations concordent avec celles de M. Marinesco, et démontrent que le processus dû à l'encéphalite diffuse lèse la substance achromatique comme la chromatique. »

Deux dessins de cellules faits à la chambre claire (1) permettent de comparer l'état des neurofibrilles dans une pyramidale moyenne d'une tuberculeuse chronique et dans une autre pyramidale moyenne de paralytique général.

Dans les cellules de la tuberculeuse, on voit les neurofibrilles nombreuses, continues, régulièrement calibrées, un gros amas pigmentaire et le noyau jaune, taché de points ocres sur la préparation.

Dans les cellules du paralytique, on voit les neurofibrilles raréfiées, souvent irrégulièrement calibrées ou transformées en granules et bâtonnets, un petit amas pigmentaire et le noyau jaune, taché de points ocre sur la préparation.

Vous pouvez voir ici même sur le microscope les préparations présentant les aspects que nous venons de décrire.

M. Marchand, étudiant par la même méthode, l'écorce cérébrale de deux paralytiques généraux, a

(1) *Revue neurologique*, loc. cit., p. 762.

trouvé des lésions analogues des neurofibrilles. « Dans la paralysie générale (troisième période), dit-il (1), les lésions des neurofibrilles sont d'autant plus accentuées que la cellule pyramidale examinée est plus rapprochée des méninges. Marinesco, MM. Ballet et Laignel-Lavastine ont signalé ce fait, en faisant remarquer que les moyennes et les petites pyramidales étaient plus altérées que les grandes cellules pyramidales. Des trois formes de démence (démence paralytique, démence sénile, démence précoce) que nous avons étudiées, c'est dans la démence paralytique que les altérations des fibrilles ont leur maximum d'intensité. Les neurofibrilles ont disparu autour du noyau, mais les prolongements protoplasmiques sont également pauvres en fibrilles.

« La base de la cellule dans la région même d'où part le cylindre-axe peut présenter un bouquet de fibrilles bien fourni quand le reste de la cellule en est déjà presque dépourvu. »

Dans la même séance de la Société de biologie, et après M. Marchand, M. J. Dagonet a fait une communication sur *la persistance des neurofibrilles dans la paralysie générale* (2).

Voici quelques-unes de ses constatations : « ... De ces faisceaux (terminaison périphérique des prolongements des cellules pyramidales) se détachaient à angle droit ou à angle aigu, des neurofibrilles qui se confondaient avec le plexus des fibrilles, tandis que dans les cellules elles se mêlaient aux neurofibrilles intra-cellulaires ou traversaient directement la cellule pour se diriger vers la base... Dans les cellules cérébrales les plus atrophiées, les fibrilles forment des faisceaux ondulés qui contournent les amas pigmentaires... partout les neurofibrilles conservaient leur finesse et leur netteté ; elles n'étaient ni granuleuses, ni fragmentées. Dans les cellules géantes du lobule paracentral, les neurofibrilles étaient très nombreuses et formaient un réseau délicat à la surface du noyau. *Dans les petites et moyennes cellules, elles*

(1) Marchand. Lésions des neurofibrilles des cellules pyramidales dans quelques maladies mentales. *Soc. de biologie*, 22 octobre 1904, p. 251.

(2) J. Dagonet *Soc. de biologie*, 22 octobre 1904 p. 255.

étaient en très petit nombre, une à deux parfois sur une coupe (1). »

De ces constatations, M. Dagonet conclut à l'intégrité des neurofibrilles, et à un point de vue général cette intégrité lui permet de penser que « la cellule nerveuse n'est pas un centre trophique pour les neurofibrilles : les neurofibrilles ont leur indépendance vis-à-vis de la cellule, et les objections faites dans ces derniers temps à la théorie des neurones sont fondées ».

Sans discuter actuellement ces conclusions, nous croyons, au sujet des constatations de M. Dagonet, pouvoir faire remarquer qu'en pathologie comme en physiologie seuls les faits positifs ont de la valeur. On sait la variabilité des aspects régionaux de l'écorce des paralytiques généraux. Tout le monde s'entend sur l'existence et même la fréquence, en certains points, de cellules pyramidales sans lésions appréciables. Les constatations de M. Dagonet ne nous étonnent donc pas. Mais ce que nous ne saurions admettre, c'est que toujours dans la paralysie générale persiste l'intégrité des neurofibrilles. M. Dagonet eût peut-être évité de formuler cette conclusion trop absolue, s'il avait bien voulu se donner la peine de prendre connaissance de la communication de M. Marinesco et de la nôtre, antérieures de trois mois à la sienne et d'écouter la communication de M. Marchand, faite avant la sienne et à la même séance de la Société de biologie.

Observation d'une dipsomane,

par M. GIMBAL.

Parmi les obsessions et les impulsions, il en est de fréquentes, il en est de rares. La dipsomanie peut être classée parmi ces dernières. C'est à cause de cette rareté que je me suis cru autorisé à vous communiquer l'observation suivante, d'autant plus que cette dernière présente quelques points intéressants sur lesquels j'insisterai en temps et lieu.

(1) C'est nous qui soulignons.

Il s'agit d'une dame, veuve, âgée de vingt-huit ans, qui, en novembre dernier a présenté un accès de dipsomanie dans les conditions suivantes. Cet accès peut être divisé en trois phases : la première est composée par certains syndromes ; la deuxième, par l'accès de dipsomanie proprement dit ; la troisième, enfin, est marquée par un état mélancolique avec idées de suicide.

La phase de début, prodromique, dure tout le mois d'octobre. Ce furent d'abord des troubles du caractère. Notre malade, gaie auparavant, devient maussade, triste. Elle reçoit très mal tous ceux qui l'abordent. Sa fille, qu'elle aimait tant, lui devient indifférente. Puis, se montrent des modifications du sens volontaire : elle devient profondément aboulique. Tout effort est impossible, et elle s'en rend parfaitement compte. Elle a conscience de son impuissance. « Il y avait en elle, dit-elle, « comme deux personnes, l'une qui essayait de vouloir, « l'autre qui ne pouvait pas vouloir. » Quand elle prenait une résolution, elle savait déjà qu'elle ne la mettrait pas à exécution. Par moments, elle avait besoin de sortir de chez elle. Elle se promenait alors pendant des heures, sans but, sans utilité.

Quand, après ces modifications du caractère, après cette aboulie, après ces promenades, le 1^{er} novembre, éclate l'accès de dipsomanie. Dès le matin, elle quitte ses parents, sa maison et se réfugie chez une de ses amies. Elle éprouve une sensation particulière de sécheresse à la gorge. Ce n'est pas, dit-elle, la sensation que l'on peut ressentir l'été quand il fait très chaud et qu'on désire se désaltérer ; c'est une sensation très pénible, angoissante, de constriction étroite. Pour la faire disparaître, il faut qu'elle boive. Ce besoin est si impérieux, que la malade le satisfait aussitôt, sans réfléchir un seul instant aux conditions de son acte, sans lutter, ou même essayer de lutter contre ce besoin, contre cette impulsion. Et ainsi, elle ingurgite huit litres en moyenne de liquide par jour, du vin, de la bière, du byrrh et même, à leur défaut, du bouillon et du lait. Pendant cinq jours dure cet accès de dipsomanie. Pour le satisfaire, notre malade va tantôt chez une amie, tantôt chez un ancien domestique, tantôt chez une ancienne bonne, dont elle ne quitte les domiciles qu'après avoir épuisé leur provision

de boissons. Le cinquième jour, enfin, elle est ramenée chez elle par son père.

Là, elle est prise d'amers remords. Elle fait un juste retour sur sa conduite dont elle estime tout le scandale. Elle devient triste, taciturne. La nuit, elle dort très mal, atteinte des cauchemars caractéristiques de l'intoxication éthylique. Bientôt surviennent des idées de suicide au milieu de cet état mélancolique spécial qui constitue la troisième phase de l'accès de dipsomanie. Pour ne pas faire le déshonneur de sa famille, elle doit disparaître. Elle possède six paquets de sublimé. Il faut qu'elle s'empoisonne. Pendant plusieurs jours, cette idée obsédante de suicide poursuit la malade, qui lutte contre elle. Il est probable que, sans la surveillance étroite dont elle était l'objet, elle eût succombé à cette véritable obsession.

Enfin, la malade est internée à l'asile, elle donne avec facilité tous les renseignements désirables. Elle se souvient très nettement de tout ce qui s'est passé durant son accès. Elle apparaît d'un caractère très mobile. Un jour elle est très heureuse d'être à l'asile. Elle a très bien fait d'y venir. Elle s'occupe à certains travaux avec plaisir. Le lendemain, elle se lamente à tout propos, et veut retourner chez elle.

Si l'on interroge ses antécédents, on apprend qu'un frère de son père s'est suicidé, après avoir commis des excès de boisson. Une sœur de son grand père paternel s'est suicidée; un frère de son grand père paternel s'est suicidé, à la suite d'excès de boisson.

Quant à la malade, étant jeune, elle était bizarre. En classe, elle ne supportait aucun reproche. Elle était très indisciplinée, s'amusant au moment où ses camarades travaillaient. Elle était, cependant, d'une intelligence très vive et, à l'âge de seize ans, avait déjà obtenu le brevet simple et le brevet supérieur.

A vingt-deux ans, elle se marie avec un commis-voyageur en vins, alcoolique, qui meurt peu après dans le delirium tremens, tuberculeux.

Le 1^{er} novembre 1903, elle présente un accès de dipsomanie, exactement semblable à celui du 1^{er} novembre 1904.

Pendant le mois d'octobre ce furent d'abord les

mêmes troubles du caractère, qui, de gai, devint triste. Ce furent les mêmes modifications du sens volontaire, la même aboulie, avec le même besoin de quitter sa maison et de se promener sans but.

Au commencement de novembre, elle quitte son appartement. Elle va coucher dans des hôtels meublés. Toute la journée, elle va de café en café, buvant surtout du vin et de la bière. Comme elle avait sur elle assez d'argent, elle ne commit aucun écart de conduite. Cet accès dura quatre jours, au bout desquels elle retourna d'elle-même chez elle. Là elle eut encore des idées de suicide, moins graves cependant que les idées qui l'obsédèrent en novembre dernier.

Ce premier accès de dipsomanie fut donc absolument semblable au second, mais moins grave puisqu'il fut plus court, que la malade rentra chez elle toute seule et qu'elle ne précisa pas ses idées de suicide.

De ces faits, le diagnostic qui se dégage est celui de dipsomanie pure, indépendante de tout alcoolisme, syndrome épisodique de dégénérescence mentale, marquée encore par des bizarreries de caractère, de l'aboulie, des obsessions de suicide. Ce diagnostic est d'autant plus sûr que la malade insiste sur la répulsion qu'elle éprouve, en dehors de ces accès de dipsomanie, pour les liquides alcooliques.

Mais après des renseignements complémentaires fournis par les parents, le diagnostic se modifie. La malade, en effet, dès le début de son mariage, avait pris des habitudes alcooliques très nettes, en compagnie de son mari. Elle buvait déjà du byrrh, du vin en quantité telle que, très souvent, elle venait chez ses parents dans un état qui ne laissait aucun doute sur ses libations. Pendant cinq à six ans, elle s'est ainsi adonnée à la boisson. Ce n'est qu'au bout de ce laps de temps qu'elle a présenté ses deux accès de dipsomanie. Ainsi donc, il ne s'agit plus d'une dipsomane pure, mais d'une alcoolique qui a présenté deux accès de dipsomanie.

Il était intéressant de montrer la coexistence possible de la dipsomanie et de l'alcoolisme. L'alcoolisme a-t-il, dans le cas particulier, imprimé une forme particulière à la dipsomanie? Si l'on considère que

l'obsession de la dipsomanie a été très courte; que, immédiatement après la sensation de constriction angoissante pharyngée, l'idée de boire est venue pour être aussitôt exécutée, l'on est tenté de penser que l'alcoolisme a préparé son éclosion à l'accès de dipsomanie en en supprimant presque la première phase, la phase de lutte angoissante que tout obsédé engage contre son idée obsédante, avant d'y succomber.

La dipsomanie survenant chez un alcoolique serait une obsession impulsive d'emblée, sans lutte angoissante, à acte immédiat.

DISCUSSION.

M. VALLON. — La malade était-elle sobre en dehors de ses accès de dipsomanie? Eprouvait-elle dans ces intervalles de la répulsion pour les boissons alcooliques?

M. GIMBAL. — Elle l'affirmait, mais les renseignements de ses parents contredisent son affirmation.

M. VALLON. — Le professeur Ball acceptait deux variétés de dipsomanie : 1° la forme essentielle ou héréditaire; 2° la forme acquise, celle des buveurs d'habitude; et même, disait-il, dans la dipsomanie essentielle, on retrouve une appétence antérieure pour les boissons alcooliques. Il a publié une observation de ce genre. On rencontre donc fréquemment chez les dipsomanes types des excès alcooliques antérieurs.

M. GIMBAL. — Entre ses accès de dipsomanie, ma malade éprouvait le besoin de boire des boissons alcooliques, tellement que, actuellement à l'asile, elle s'empare, quand elle le peut, de la portion de vin destinée à ses voisines. Depuis son mariage, elle a présenté une appétence continue pour l'alcool. Quant à l'observation sur laquelle le professeur Ball s'appuyait pour admettre la dipsomanie acquise, M. Magnan a démontré, dans ses *Leçons cliniques*, qu'elle se rapportait plutôt à l'alcoolisme qu'à la dipsomanie.

Troubles psychiques d'origine probablement sulfo-carbonée.

par MM. HALBERSTADT et J. CHARPENTIER.

Nous avons l'honneur d'apporter à la Société l'observation suivante :

La femme B..., âgée de quarante et un ans, entre à Saint-Anne, dans le service de notre maître, M. le D^r Dubuisson, le 25 novembre 1904, avec le certificat suivant signé de M. le D^r Legras : « Délire toxique. Hallucinations. Peurs non justifiées. Aperçoit des personnages imaginaires. Croit qu'on veut l'arrêter. Travaille depuis une trentaine d'années dans une fabrique de caoutchouc, maniant du sulfure de carbone. »

Nous avons obtenu sur la profession de la malade les détails suivants : Depuis une trentaine d'années, en effet, la femme B... n'a cessé de travailler dans le caoutchouc et, selon les établissements où elle travaille, elle est occupée tantôt à souder des ballons de caoutchouc, tantôt à rouler des préservatifs. Dans la première de ces opérations l'ouvrière est à l'abri des vapeurs de sulfure de carbone. Dans la seconde, au contraire, qui consiste à monter le préservatif sur un mandrin d'une forme spéciale et à le rouler avec les doigts, après l'avoir saupoudré de talc, bien que ne maniant pas elle-même ce produit, elle est exposée aux vapeurs toxiques qui se dégagent à la fois des préservatifs encore imprégnés de sulfure et de l'ouverture par où ils lui sont passés de l'atelier voisin. C'est à cette seconde opération, la plus dangereuse qu'elle était occupée au moment où elle est tombée malade.

La femme B... a des antécédents héréditaires chargés.

Le père est, comme elle, ouvrier en caoutchouc. Il a eu, étant jeune, des crises convulsives dont nous n'avons pu préciser la nature. Il boit légèrement. La mère a travaillé aussi dans le caoutchouc, pendant un an environ. Elle a eu un accès de délire, soigné à l'asile de Ville-Evrard et suivi de guérison.

Il y a eu dix enfants dans la famille; cinq garçons : deux sont morts de cause inconnue, un troisième est bien portant, c'est un marbrier et pas plus que les deux frères précédents il n'a travaillé dans le caoutchouc; deux garçons enfin ont été tous les deux ouvriers caoutchoutiers; l'un est mort de tuberculose, l'autre est mort aliéné à Ville-Evrard. Des cinq filles, trois sont mortes de cause inconnue, l'une est bien portante, la cinquième est notre malade. Celle-ci a eu neuf enfants dont quatre sont morts en bas âge ayant présenté des convulsions;

cinq sont vivants et bien portants. Elle gagne péniblement sa vie et se surmène. Ajoutons que nous n'avons pu relever chez elle d'habitudes alcooliques. Dans son dossier pathologique, nous notons une scarlatine à douze ans, suivie d'angine. Il y a cinq ans, elle a présenté des crises convulsives, de nature vraisemblablement hystérique. En septembre 1903, elle a eu une poussée eczémateuse surtout prononcée aux mains, soignée à l'hôpital Saint-Louis.

Depuis plus d'un an elle présente des troubles menstruels : les époques sont plus rapprochées et plus abondantes. En même temps elle a commencé à avoir des étourdissements, sans caractère défini.

C'est dans les premiers jours de novembre 1904 qu'ont éclaté les troubles psychiques. Ceux-ci ont consisté d'abord en quelques idées de persécution avec hallucinations de l'ouïe et dépression mélancolique, lorsque brusquement, un jour, elle a eu un accès de violente agitation, avec hallucinations multiples de la vue, dont elle n'a pas encore perdu le souvenir. Toutefois, il importe de remarquer que certains détails de cette période hallucinatoire aiguë ont complètement disparu de la mémoire. Elle voyait des araignées, des boules rouges, des animaux qui couraient dans la chambre. Elle était en proie à des terreurs non motivées. Ce sont ces troubles qui l'amènent successivement : à l'infirmerie du Dépôt, au service de l'Admission de Sainte-Anne et enfin dans le service de M. le D^r Dubuisson.

A ce moment, son état s'est notablement modifié. Elle est calme et se prête à l'examen. Elle est parfaitement orientée dans le temps et dans l'espace. Les hallucinations de la vue ont complètement disparu.

Par contre celles de l'ouïe persistent. Elle répond à des voix injurieuses ; les injures font allusion surtout à sa conduite privée : elle nous avoue qu'elle a trompé autrefois son mari et qu'elle en conçoit des remords.

A l'atelier on la jalouse, ses compagnons de travail lui en veulent. Elle est dans un état de dépression mélancolique.

Au point de vue somatique nous relevons l'existence d'une toux légère, sans signes stéthoscopiques. Les dents présentent un liséré noirâtre à leur base. L'haleine est fétide.

On note quelques crampes dans les jambes et un tremblement des mains à petites oscillations.

Ni paralysie, ni troubles de la sensibilité objective. Diminution du réflexe pharyngé ; abolition complète du réflexe conjonctival.

Pas de dyschromatopsie ; pas de rétrécissement du champ visuel. L'appareil circulatoire est normal. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

La peau est exempte de ces pigmentations qu'on a notées dans les cas analogues au nôtre.

Les jours suivants l'attitude de la malade ne changea pas notablement, jusqu'au jour où ses règles sont survenues.

A ce moment elle présenta pendant toute une journée de l'agitation qui contrastait avec son attitude antérieure.

Le lendemain, cette agitation fit place à du mutisme accompagné de contractures généralisées et notamment d'un trismus très prononcé. Cet état dura un jour entier, au bout duquel l'écoulement menstruel ayant pris fin, la malade revint à l'état où elle se trouvait auparavant.

Pourtant, quelques jours après, son état empira : elle devint très déprimée, avec des moments de brusque agitation, hallucinations de l'ouïe très intenses, refus de nourriture et gâtisme intermittent.

De plus, elle devint moins docile qu'au début et il est bien difficile de fixer son attention.

En résumé, nous sommes en présence d'une malade soumise depuis de nombreuses années à l'influence nocive du sulfure de carbone. En outre, deux facteurs étiologiques étaient venus la mettre en état de moindre résistance psychique : d'une part la lourde hérédité qui pèse sur elle, et d'autre part la misère associée au surmenage.

Les signes morbides qu'elle présente peuvent être rangés en trois groupes :

1° Convulsions et contractures, de nature probablement hystérique;

2° Idées de persécution, avec hallucinations de l'ouïe et dépression mélancolique;

3° Symptômes ressemblant à ceux de l'intoxication alcoolique : hallucinations de la vue avec zoopsie, amnésie passagère, tremblement des doigts, crampes dans les mollets.

Quelle interprétation peut-on donner de ces trois ordres de symptômes ?

En ce qui concerne les troubles hystériformes, rappelons que M. Guinon, dans sa thèse, range le sulfure de carbone parmi les agents provocateurs de l'hystérie, et que différents auteurs ont apporté dans ce sens plusieurs observations confirmatives (Achard, P. Marie, etc.).

Le deuxième ordre de symptômes rapproche notre malade d'une véritable vésanique. Des cas semblables

ont été signalés déjà : Proust notamment en a observé un, où il y avait des hallucinations de l'ouïe et des idées de persécution.

Mais, ce qui a dominé chez notre malade et ce qui a déterminé l'internement, ce sont les symptômes ressemblant à ceux de l'alcoolisme.

Et tout d'abord, notre malade buvait-elle?

L'enquête que nous avons faite à ce sujet est restée négative, ce qui ne suffit pas, il est vrai, pour affirmer que l'alcool n'a joué aucun rôle dans l'histoire de notre malade. Mais d'autre part il est bien connu que les symptômes de l'intoxication sulfo-carbonée ressemblent à s'y méprendre à ceux de l'alcoolisme. Delpech notamment rapproche le délire sulfo-carboné du délire alcoolique, et Legrain, dans son travail sur les « Poisons de l'intelligence », range le sulfure de carbone dans le groupe qu'il appelle « Poisons du type alcoolique », et après avoir donné une description des principaux symptômes de l'intoxication sulfocarbonée, il conclut ainsi : « Ne croirait-on pas lire la description de l'alcoolisme chronique? » (*Ann. méd.-psych.* 1891-1892.)

Donc dans notre cas, si l'influence décisive du sulfure de carbone ne peut être démontrée d'une façon absolue, on peut néanmoins la considérer comme très probable.

DISCUSSION

M. VALLON. — L'observation que nous venons d'entendre est des plus intéressantes; elle constitue un document qui restera. Il n'est pas rare de constater l'hystérie provoquée par les intoxications de diverse nature. D'autre part, les hallucinations de la vue sont très communes dans tous les délires toxiques.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX AMÉRICAINS

American Journal of Insanity.

ANNÉE 1901

I. — *Les hallucinations : origines et variétés*; par le D^r W. Alfred McCorn (numéro de janvier). — Le fond de cet article consiste à dire que les hallucinations ne peuvent comprendre que des idées persistantes dans l'esprit de l'halluciné; dans quelques cas elles sont liées à des lésions des organes des sens, mais le plus souvent elles ont leur origine dans les troubles de l'écorce cérébrale.

II. — *Résultats de cinq années de coopération entre asiles publics d'aliénés; cette coopération pourrait-elle s'étendre à d'autres institutions charitables?* par le D^r Peter M. Wise (numéro de janvier). — Les asiles de l'Etat de New-York ont formé entre eux, sous la direction du Conseil des Inspecteurs généraux de l'État, une sorte de société coopérative, où chaque asile, se chargeant spécialement de la production de tel ou tel objet de consommation, le fournit aux autres asiles, et tous ensemble font acheter par un agent commun, qui en est spécialement chargé, les articles qu'ils ne peuvent pas produire. Ce sont les résultats de cette coopération pendant cinq ans, que le D^r Wise, président du Conseil des Inspecteurs, fait connaître brièvement.

Comme exemples, nous notons que l'un des asiles s'est chargé de la culture du café pour tous les autres, à qui il le donne brûlé et mis en poudre; qu'un autre a entrepris la fabrication du savon; que les achats se font en commun pour le thé, la vaisselle, le verre à vitres, les lampes à incandescence et maints autres objets. Les résultats ont été excellents au point de vue financier; car ils ont réduit la dépense parfois à plus de moitié de ce qu'elle était auparavant; ils ont été non moins excellents au point de vue administratif, en ce que, d'une part,

les économies faites ont servi à améliorer l'installation des asiles, le confort des malades, la situation et le nombre des agents de toute sorte employés dans les asiles; en ce que, d'autre part, les directeurs étant en grande partie déchargés des préoccupations relatives aux objets de consommation des asiles, ont pu donner plus de temps au soin et à la surveillance des malades. Aussi, en présence de ces résultats, le Dr Wise engage à étendre le bénéfice de la coopération à toutes les institutions charitables de l'État.

III. — *Importance des laboratoires d'anatomie pathologique et de bactériologie dans les asiles d'aliénés*; par le Dr Lewellys F. Barker (numéro de janvier). — Constatation générale des services que ces laboratoires peuvent rendre à l'étude des maladies mentales.

IV. — *Quelques points du traitement des aliénés chroniques*; par le Dr Francis O. Simpson (numéro d'avril). — Le traitement de ces aliénés, qu'on sépare avec raison des individus atteints de formes aiguës, doit être envisagé sous les rapports de l'hygiène, de l'alimentation, de la thérapeutique.

Dans ce qui concerne l'hygiène, il faut comprendre : 1° *l'habitation*, au sujet de laquelle, en ce qui regarde les indigents, l'auteur blâme les espèces de palais comme on en a construit un certain nombre, et estime avec raison que mieux valent des demeures simples et modestes, en rapport avec la condition de ceux qui les occupent; 2° *la surveillance*, à l'augmentation de laquelle seraient employées avec plus de profit les sommes follement dépensées dans une architecture d'ornement; 3° *le travail*, où il faut employer tous ceux qui en sont susceptibles, mais dont un grand nombre de malades chroniques sont absolument incapables.

Une attention spéciale doit être donnée à l'écoulement des eaux et des vidanges, à l'éclairage, à la ventilation et au chauffage des bâtiments.

L'alimentation doit être appropriée à l'état physique, aux habitudes sociales, et autant que possible aux goûts et aux usages de chaque catégorie d'aliénés.

La thérapeutique doit se garder de sacrifier aux modes et aux engouements par lesquels on a beaucoup trop de tendance à se laisser entraîner. C'est ainsi que, pour obéir à la mode, on s'est mis à dénigrer, à condamner d'excellents moyens de remédier à l'agitation ou au désordre commun chez les aliénés, comme par exemple les médicaments calmants, et l'isolement

dans des cellules. Pour apprécier la valeur d'une telle mode, il suffit de voir ce qu'est un quartier d'agités où tous les malades sont libres de tapager ou de faire du désordre à leur guise. Les surveillants, si nombreux qu'ils soient, y sont absolument débordés et impuissants, capables d'y devenir abrutis à leur tour, et les malades s'y livrent à des excès déplorables.

V. — *Cas de mort par fracture du crâne, où la boîte crânienne était mince d'une manière anormale*; par le D^r A. R. Moulton (numéro d'avril). — Ce cas concerne un aliéné mort d'hémorragie cérébrale à la suite de fracture du crâne; il avait la boîte crânienne aussi fragile qu'une coquille d'œuf et si mince qu'on pouvait, à travers, lire des caractères d'imprimerie très menus.

VI. — *Thérapeutique mentale dans les maladies mentales et nerveuses*; par le D^r Richard Dewey (numéro d'avril). — Relation d'un certain nombre de faits, qui appartiennent plus aux maladies nerveuses qu'aux maladies mentales proprement dites, et où des malades atteints d'obsessions diverses, de phobies, tourmentés par des idées fixes, ont été traités efficacement par la thérapeutique mentale, ou, pour mieux dire, par la suggestion.

VII. — *Signes de dégénérescence et types d'aliénés criminels*; par le D^r Chas. A. Drew (numéro d'avril). — L'auteur, qui est médecin-directeur de l'asile d'aliénés criminels de l'État de Massachusetts, où il y a près de 400 malades, estime qu'on ne peut accorder une valeur absolue aux idées de Lombroso et autres, sur la corrélation entre la criminalité et les malformations du crâne, des mâchoires, du nez, du palais ou des oreilles. Il a trouvé qu'environ la moitié de ses malades n'ont aucune malformation sensible, que quelques-uns même ont une tête qui se rapproche du type idéal de bonne conformation indiqué par les anthropologistes.

VIII. — *Dispensaire pour traitement des maladies mentales*; par le D^r Walter Channing (numéro de juillet). — En 1897, le D^r Channing eut l'idée d'ouvrir un dispensaire de ce genre et il rend compte des bons résultats qu'il y obtient. Près de 400 malades s'y présentèrent; un certain nombre n'étaient que des névropathes. Quelques-uns étaient au début d'une maladie mentale vraie et il était temps encore de les faire traiter à domicile. Dans d'autres on eut, soit à conseiller l'internement, soit même à empêcher un internement conseillé ailleurs et qui ne semblait pas nécessaire. D'autre part, le dispen-

saire fut utile aux étudiants en leur donnant souvent le moyen d'apprendre soit à dépister une maladie mentale à ses débuts, soit à reconnaître une psychose en pleine évolution.

IX. — *Essai du chloréto*ne; par le D^r Rush Dunton (numéro de juillet). — Comme hypnotique ce médicament, dans l'essai dont il s'agit, se montra inférieur au chloral; et d'autre part il parut donner aux malades de l'hébétéude et leur causer des accidents divers du côté de la nutrition. Aussi le D^r Dunton, d'accord avec d'autres observateurs, se prononce-t-il contre son emploi.

X. — *Une consultation d'Esquirol* (numéro de juillet). — Reproduction phototypique d'un autographe d'Esquirol donnant des conseils à une Américaine qui était sans doute neurasthénique. La consultation est de 1838. Elle conseille l'emploi de moyens hygiéniques, notamment de bains de diverses formes, où l'eau devait être additionnée de gélatine, d'eau de laurier-cerise, de morelle, de camomille, tantôt l'un, tantôt l'autre. Le régime alimentaire ne laissait à la viande qu'une toute petite place et insistait sur les bouillons de veau ou de poulet, les légumes, les fruits, le laitage; une bonne partie du temps devait être consacrée à de l'exercice physique.

XI. — *Examen du contenu de l'estomac chez les aliénés*; par le D^r Florence E. Allen (numéro d'octobre). — Chez soixante malades atteints de formes dépressives de folie, l'examen du contenu de l'estomac fait dans des conditions déterminées au cours de la digestion d'une alimentation la même dans tous les cas, a permis presque toujours de reconnaître des troubles digestifs d'un genre ou d'un autre, par exemple de l'hypoacidité, ou la formation d'un mucus trop abondant. Le traitement dirigé en conséquence a permis le plus souvent d'obtenir dans l'état mental des améliorations importantes. Un examen de ce genre peut donc avoir une grande utilité.

XII. — *Le traitement psychique*; par le D^r Edward C. Runge (numéro d'octobre). — Considérations générales justes et intéressantes sur le traitement psychique ou moral employé concurremment au traitement somatique. Les éléments essentiels de ce traitement sont les occupations manuelles ou intellectuelles et les distractions de toute sorte, promenades, réunions de plaisir, danse et autres moyens analogues. Le D^r Runge accorde une grande importance à la mise en action des pratiques religieuses. Le détail le plus intéressant à relever dans ce qu'il dit, détail qui a été rarement signalé, est relatif à la

bonne influence morale que les malades dans les asiles peuvent quelquefois exercer les uns sur les autres, ceux qui guérissent contribuant, tant par leur exemple que par leurs paroles, à encourager ceux qui sont dans le plein de leur maladie.

XIII. — *Le criminel aliéné*; par le D^r Butler Metzger (numéro d'octobre). — Aperçu sommaire de l'état des aliénés criminels de l'asile spécial de Massachusets. Sur 149 individus admis en deux ans dans cet asile, l'auteur a pu rechercher dans 128 cas les influences héréditaires; il les a rencontrées 92 fois, c'est-à-dire dans près de 72 p. 100 des cas. Et sur ces 92, il a rencontré 70 fois des ivrognes ou des épileptiques dans les ascendants. Les méfaits commis par ces aliénés se rapportaient à des actes contre les personnes, contre les propriétés, contre l'ordre public. Ces derniers semblaient les plus fréquents. Dans l'ensemble des individus, les imbéciles ou les paralytiques forment les deux groupes les plus nombreux.

VICTOR PARANT.

JOURNAUX ITALIENS

Annali di Nevrologia.

ANNÉE 1901

I. — *L'inhibition dans les maladies mentales. Etude expérimentale*; par le D^r G. Libertini (Fasc. 1). — Le temps réflexe du membre supérieur est notablement réduit dans toutes les formes de maladies mentales. Tandis que chez les sujets normaux il y a une constante oscillante entre 83 et 86 millièmes de seconde, ce chiffre baisse dans les diverses formes morbides proportionnellement à la gravité de l'affection et à la déchéance mentale du sujet. Le temps minimum s'observe dans les formes classiques de microcéphalie où il égale le temps de réaction des singes.

Les paralytiques présentent un temps de réaction faible, variant avec les sujets, ce qui tient sans doute à la diversité et aux localisations anatomo-pathologiques de la maladie.

Chez les épileptiques ce temps est faible, à peu près égal chez tous les sujets, trois jours après l'attaque; il augmente

beaucoup pendant les quatre ou huit heures qui suivent une convulsion.

En général dans les formes avec excitation, le temps est plus réduit que dans les formes dépressives, surtout chez les femmes. On peut réduire expérimentalement le temps, chez les malades comme chez les normaux, en excitant une région cérébrale, ou en concentrant l'attention du sujet sur des excitations déterminées, mais la réduction chez les normaux est double de celle obtenue chez les malades. Il semble que les ondes inhibitoires envoyées des centres supérieurs aux centres inférieurs n'y arrivent pas par le faisceau pyramidal, mais par la voie cortico-ponto-cérébello-spinale, contrairement à l'opinion de Van Gehuchten qui y fait passer les ondes excitantes. Enfin l'inhibition centrale peut être considérée comme l'une des mesures de la mentalité d'un sujet ; plus celle-ci est faible, plus le temps de réaction est diminué.

II. — *L'excitabilité électrique neuro-musculaire dans les psychoses aiguës. Note préliminaire* ; par le D^r Riccardo Mezza (Fasc. 1). — L'auteur a étudié l'excitabilité électrique des principaux muscles du bras chez un agité et chez un confus. Il a noté l'augmentation de l'excitabilité dans le premier cas et la diminution dans le second. Les chiffres donnés sont comparés à ceux obtenus chez dix sujets normaux. Dans le premier cas, qui guérit, l'excitabilité était sensiblement égale après guérison à celle des sujets normaux.

III. — *L'alcoolisme comme cause de la paralysie générale* ; par le D^r G. Seppili (Fasc. 2). — Dans seize cas étudiés à l'asile de Brescia, Seppili n'a pu trouver aucune autre cause à la paralysie que les abus alcooliques. Ces cas ne diffèrent en rien ni cliniquement, ni anatomo-pathologiquement, de la paralysie générale vraie. Aussi, l'auteur ne peut-il admettre que la syphilis soit seule cause de cette maladie.

IV. — *Pathologie du pont de Varole* ; par le D^r Ezio Benvenuti (Fasc. 2). — Travail de l'Institut de clinique médicale de Pise. Sous la direction du professeur Queirolo, E. Benvenuti a analysé une intéressante observation d'hémorragie du pont, avec autopsie (paralysie des membres supérieur et inférieur droits, paralysie faciale périphérique totale gauche, hémihypoesthésie tactile, thermique, dolorifique de toute la moitié droite du corps, face comprise, symptômes correspondants à un foyer hémorragique intéressant la moitié gauche de la protubérance). A la suite de l'observation il a étudié l'ana-

tomie, l'histologie et la symptomatologie des lésions en foyer du pont, donnant ainsi une très bonne revue d'ensemble de la question. Une planche en couleurs est annexée au travail.

V.³. — *Ergographie du gastrocnémien chez l'homme*; par le Dr F. Capobianco (Fasc. 2). — Les tracés obtenus, grâce à un dispositif spécial de l'ergographe de Mosso, par le travail du triceps sural, démontrent que chaque sujet a une courbe spéciale qu'on retrouve dans les muscles de la main et du pied, au point de pouvoir reconnaître dans un mélange de tracés ergographiques ceux obtenus avec la main d'un sujet quand on a le tracé de son pied et inversement. Ce phénomène est très visible dans la planche qui accompagne le mémoire.

VI. — *Recherches expérimentales et cliniques sur l'action hypnotique de l'hédonal*; par le Dr A. Pastena (Fasc. 1 et 2). — Travail de l'Institut psychiatrique de Naples, portant sur quatre-vingt-cinq cas comprenant à peu près toute les formes types de maladies mentales et un certain nombre de cas de médecine ordinaire (tuberculose, cancer, lésions cardiaques, etc.). L'hédonal, ou méthylpropylcarbinol uréthane, est, d'après cette expérience, un des hypnotiques les plus sûrs, ne donnant pas de phénomènes secondaires nocifs. Il réussit surtout dans l'insomnie nerveuse, donnant, une demi-heure après son administration, un sommeil tranquille semblable de tout point au sommeil physiologique. Il réussit aussi dans la paralysie générale, la folie sensorielle, l'épilepsie et la manie et calme l'agitation. Il est salubre dans l'insomnie des cardiaques, car il a une légère action excitante sur la fibre musculaire du cœur. La dose oscille entre 1 et 3 grammes; on a pu aller à 8 grammes; 1 gramme, 1 gr. 1/2 suffisent en général pour donner quatre à six heures de sommeil. Le médicament se donne en pilules ou en solution dans l'eau chaude sirupeuse. Il faut éviter les solutions alcooliques. Il n'y a pas d'accumulation, on peut continuer l'usage tant qu'il en est besoin et il faut donner toute la dose à la fois et augmenter progressivement, si on continue longtemps. Les doses fractionnées n'agissent pas suffisamment.

VII. — *Une forme spéciale de réaction électrique*; par le Dr Capriati, avec une planche (Fasc. 3). — Il s'agit ici d'une forme particulière de réaction musculaire au courant galvanique, caractérisée par une augmentation progressive au pôle négatif et une diminution progressive au pôle positif, observée chez un sujet de quinze ans atteint de polynévrite apoplectiforme, chez lequel les nerfs étaient complètement inexcitables,

soit au courant faradique, soit au courant galvanique, et les muscles ne réagissaient qu'au courant galvanique.

VIII. — *Etude sur la pathologie du ganglion ciliaire chez l'homme. Les réflexes spéciaux dans la paralysie générale et le tabes. Comparaison avec le ganglion cervical du sympathique et le ganglion de Gasser. Importance du ganglion ciliaire chez l'homme*; par le D^r A. Marina, avec une planche (Fasc. 3 et 4).

— Cette étude, précédée d'une très complète revue historique de la question, porte sur 70 cas, dont 13 de paralysie générale avec phénomènes pupillaires normaux, 23 de paralysie générale avec phénomènes pupillaires anormaux, 5 de tabes et 29 d'affections variées. Dans tous les cas l'examen des ganglions ciliaires, du ganglion cervical et du ganglion de Gasser a été fait histologiquement. Cet important et minutieux travail démontre notamment que le ganglion ciliaire est altéré dans tous les cas où il y a des troubles pupillaires et ne l'est pas quand les pupilles fonctionnent normalement. Le ganglion ciliaire serait donc véritablement un centre pour le sphincterrien. Trois beaux dessins du professeur Cornaro mettent en évidence les lésions du ganglion.

IX. — *Réflexe plantaire, phénomène de Babinski et réflexe antagoniste de Schæfer*; par le D^r V. Capriati (Fasc. 5). — Etude critique qui permet à l'auteur d'affirmer que le réflexe plantaire normal peut être représenté par des mouvements différents chez les divers sujets. L'observation montre que ce réflexe ne consiste pas uniquement en mouvement de flexion des doigts de pied. On peut observer tantôt l'extension du gros orteil ou des deux premiers orteils avec flexion des autres, tantôt la flexion ou l'extension suivant qu'on excite la partie externe ou la partie interne de la plante, tantôt enfin l'extension ou la flexion de tous les orteils, quel que soit le point excité. Quant à la manœuvre de Schæfer (constriction forte du tendon d'Achille entre le pouce et les deux premiers doigts de la main de l'opérateur, produisant dans certains cas pathologiques l'extension des orteils) elle ne produirait rien de caractéristique et ne donnerait à l'état normal aucun réflexe. Dans quelques cas pathologiques et agissant comme une excitation douloureuse, elle produirait parfois le phénomène de Babinski. Ce dernier phénomène est d'ailleurs bien un réflexe plantaire et non quelque chose de nouveau, comme le pense Van Gehuchten.

X. — *Nécessité de créer des écoles spéciales pour l'éducation des arriérés conformément aux exigences modernes*; par

le D^r Collucci (Fasc. 5). — Les Annales reproduisent les conclusions d'un rapport publié dans les *actes préliminaires du deuxième congrès pédagogique de Naples*. L'auteur estime que l'Etat a le devoir de créer des écoles pour les insuffisants et les arriérés et qu'il a seul qualité pour le faire dans de bonnes conditions et avec la largeur de vue suffisante et nécessaire.

XI. — *Contribution à l'étude des atrophies musculaires progressives dans la vieillesse*; par les D^{rs} L. Ferrio et L. Rovere (Fasc. 5). — Les auteurs donnent une observation très complète et très étudiée d'atrophie musculaire survenue chez un vieillard de soixante-seize ans et ayant débuté par le deltoïde droit, sans examen nécropsique mais avec examen d'un fragment du deltoïde malade enlevé sur le vivant. Il s'agit là d'une forme de passage et l'existence de telles formes oblige, semble-t-il, à beaucoup de réserves sur la pathogénie et le siège de l'altération primitive. Quatre figures reproduisant le sujet de l'observation et les altérations anatomiques du fragment musculaire examiné illustrent le texte qui contient un bon historique et une bibliographie de la question.

XI. — *Sur la pathogénie et la classification des phrénasthénies*; par le D^r Sante de Sanctis (Fasc. 6). — Passant en revue les synthèses de Freund, de König et de Tanzi, l'auteur leur adresse le reproche d'avoir donné aux plégies une importance qui n'est pas admise par tout le monde et d'avoir nié l'action du facteur hérédité dans les idioties dites cérébroplégiques. La classification de Bourneville lui paraît trop anatomo-pathologique et par suite souvent inutilisable en clinique; celle des auteurs allemands est fondée sur un critérium trop trompeur, le degré d'insuffisance mentale. Il admet trois divisions fondamentales : 1° La *phrénasthénie cérébropathique* (idiots de Sollier, idiots cérébroplégiques de Tanzi); 2° la *phrénasthénie biopathique* (imbéciles de Sollier, idiots vulgaires de Tanzi); 3° la *phrénasthénie bio-cérébropathique*. La première et la dernière peuvent être antérieures ou postérieures à la naissance ou contemporaines. La deuxième est toujours antérieure (congénitale). Il faudra y ajouter la mention du degré d'insuffisance mentale; on dira par exemple : *phrénasthénie cérébropathique postnatale* (par méningite), *acinétique* avec insuffisance mentale du troisième degré (grave), car, s'il s'agit d'une forme cérébro ou bio-cérébropathique, il y aura lieu de distinguer les formes *acinétiques* (paralysies ou parésies, *hypercinétiques* (contractures, états hypertoniques, attaques) et *paracinétiques* (mouvements

choréiques, athétosiques, tremblements intentionnels, etc.). L'auteur se déclare d'ailleurs prêt à modifier sa classification dès que l'expérience lui donnera tort.

XII. — *Les cellules nerveuses géantes dans la régénération de la moelle spinale du triton*; par le D^r E. La Pegna (Fasc. 6). — Les cellules géantes ont été déjà mentionnées par nombre d'auteurs. Le D^r La Pegna a suivi presque jour par jour l'évolution de ces intéressants éléments qui se montrent dans la moelle du triton cristatus en voie de régénération après amputation de la queue. Il a vu l'élément, [qu'il pense dériver de neuroblastes spéciaux, apparaître, vers le trentième jour après l'amputation, au milieu des cellules épithéliales en prolifération, se présenter sous forme d'une masse ronde à très gros noyau binucléolé, puis, du quatrième au sixième mois, se désagréger et disparaître. Le rôle de cet élément transitoire est inconnu. Une planche en couleurs avec huit figures montre les phases de cette évolution.

XIII. — *Contribution à l'anatomie pathologique du tabes dorsal*; par le D^r M. Sciuti (Fasc. 6). — Examen microscopique très complet du système nerveux d'un cas de tabes ayant apparu chez un homme âgé de cinquante-cinq ans, qui avait contracté la syphilis à cinquante et un ans et mourut après deux années de maladie par marasme. L'auteur, dans ce travail, qui lui a servi de thèse, a noté l'épendymite, la sclérose diffuse du cordon postérieur et des faisceaux de Gowers et de Flechsig, les altérations de la colonne de Clarke et la raréfaction des fibres cérébelleuses et cérébrales. Il pense que le tabes consiste en un processus diffus parenchymateux qui peut commencer en tous les points du système nerveux et se localise avec son maximum d'intensité sur le système sensitif; une revue historique, une bibliographie contenant 109 indications et une planche avec six figures complètent ce très bon travail.

TH. TATY.

Annali di freniatria e scienze affini.

ANNÉE 1901

I. — *La microphotographie appliquée à l'étude de la structure de la cellule des ganglions spinaux dans l'inanition*; par C. Martinotti et V. Tirelli (numéro de mars). — Continuant leurs recherches sur la structure de la cellule nerveuse dans ses

rapports avec l'état d'inanition, les auteurs résument ainsi le résultat de leurs expériences portant toutes sur des lapins : En général, la structure de la cellule nerveuse dans les ganglions spinaux ne se modifie pas dans l'inanition, ce qui paraît affirmer l'unité de cette structure. Si, dans l'état d'inanition, au milieu des cellules nerveuses normales des mêmes ganglions, on en trouve présentant peu d'affinité pour la substance colorante, ce fait ne doit pas être interprété comme une réduction quantitative de la substance chromatique mais plutôt comme une modification qualitative ou chimique. Les altérations produites par l'inanition dans cette substance chromatique ne paraissent pas appuyer l'hypothèse de sa nature nutritive. Les cellules nerveuses présentent, dans l'inanition, de graves processus de désagrégation cellulaire avec participation du noyau. On ne rencontre pas dans la capsule cellulaire de prolifération des noyaux. La substance achromatique ou fondamentale est douée d'une notable résistance et sa structure résiste aux processus graves de désagrégation. Dans l'inanition on note un agrandissement de la zone d'origine du cylindraxe, circonstance favorable pour l'étude des faisceaux constitutifs de ce cylindraxe.

II. — *Un cas d'urticaire récidivante suivie de mélancolie avec tendance au suicide*; par A. Giovanni (numéro de mars). — Cette observation clinique accompagnée d'une auto-observation du sujet est intéressante dans son enchaînement pathogénique. Il s'agit d'un prêtre, âgé de soixante-deux ans, qui est admis au manicomie de Turin dans un état de violente agitation. Il veut se tuer, disant qu'il en a reçu l'autorisation de Dieu lui-même. L'examen révèle plusieurs plaies contuses avec épanchements sanguins siégeant dans la région du vertex, et résultant de chocs répétés de la tête contre un mur. Pas d'hérédité, pas d'intoxication, à peine un léger abus de vin pendant quelque temps. Le malade bientôt calmé explique qu'à l'âge de six ans, il est tombé la tête la première dans un buisson d'orties, que depuis cette époque au lieu lésé se sont manifestées des poussées d'urticaire avec démangeaisons, grattages, douleurs de plus en plus intolérables, qui ont troublé toute son existence, puis se sont accompagnées de troubles gastriques depuis une dizaine d'années, de soif ardente, par suite d'abus de boissons, et qu'enfin malgré les sentiments religieux très profonds, il en est arrivé consciemment à considérer le suicide comme permis et même indiqué et à tomber dans un véritable

état délirant. Sous l'influence du traitement, l'état mental s'améliore en même temps que l'état physique.

III. — *La pression sanguine chez les épileptiques*; par G. Marro (numéro de mars). — Un millier d'examen sphygmomanométriques pratiqués chez 15 épileptiques du manicomio de Turin ont permis au D^r Marro de constater que bon nombre des sujets observés sont, en dehors des accès, des types à pression sanguine élevée. La pression sanguine moyenne enregistrée a été pour la plupart de 140 à 160 millimètres, dépassant dans certains cas 170 et 200 millimètres et n'étant qu'une fois inférieure à 130 millimètres. Pour ce qui concerne les rapports entre la pression sanguine et les accès convulsifs, on note que l'imminence de l'accès ne paraît pas apporter un trouble sensible à cette pression, mais seulement un certain degré de déséquilibre entre les deux côtés observés. Dès qu'est achevée la période convulsive, pendant laquelle il est difficile de noter des faits exacts, on constate dans le plus grand nombre des cas une élévation de la pression sanguine au-dessus de la moyenne. L'accès terminé, il arrive que la pression retombe subitement à la normale, le plus souvent elle reste augmentée pendant un temps variable de dix à trente minutes et quelquefois plus. L'augmentation de la pression n'est pas toujours proportionnelle à la durée et à l'intensité de la période convulsive, ce qui paraîtrait indiquer que cette augmentation est (au moins en partie) indépendante de l'agitation motrice. Pendant l'accès, l'augmentation de la pression sanguine peut atteindre 20 et 25 millimètres. Dans quelques cas rares, il y a diminution de quelques millimètres. Dans les états de prostrations consécutifs aux accès en séries, la pression tombe souvent au-dessous de la moyenne. Dans les états d'agitation prolongée, on ne rencontre pas toujours de l'augmentation de la pression sanguine.

IV. — *Rapport d'expertise au sujet d'un testament contesté*; par le professeur Lombroso et le D^r Bellini (numéro de juin). — Appelés à se prononcer sur les conditions physiques et psychiques dans lesquelles se trouvait O... au moment où il rédigeait les différentes dispositions testamentaires en question, les auteurs, après une discussion portant sur l'examen graphologique des documents, sur les dispositions de ces documents, sur les antécédents physiques et psychiques du testateur et de sa famille, sur l'étude comparative d'écrits et d'actes établissant la contradiction entre l'état psychique antérieur et celui duquel procèdent les dispositions testamentaires de O..., con-

cluent que « les deux actes testamentaires, par leur forme graphique et par leur contenu, ne représentent pas la libre et spontanée volonté du testateur et ont été rédigés quand celui-ci n'était plus dans un état intellectuel normal ».

V. — *La digestion gastrique dans la sitiophobie et son traitement*; par le D^r Ruata (numéro de juin). — Des recherches portant sur quinze aliénés (douze femmes et trois hommes), et comportant plusieurs expériences pour chaque sujet, confirment la démonstration des rapports étroits qui existent entre l'état des fonctions gastriques et psychiques. Dans les états d'exaltation avec hyperémie de l'organe psychique, la fonction chlorhydropeptique est accrue; dans les états dépressifs avec anémie, il y a diminution et altération chimique des sécrétions digestives. Dans toutes les formes examinées, le D^r Ruata, a trouvé tant pour l'acidité totale que pour l'acide chlorhydrique libre, une proportion inférieure à la moyenne normale, avec la présence constante de peptones. Ses expériences montrent la double action du lavage stomacal, tant sur la sitiophobie que sur les troubles psychiques et l'importance de l'administration du HCl dans les cas de sitiophobie obstinée dénotant, à l'examen chimique, l'absence d'acides inorganiques combinés ou libres dans l'estomac.

VI. — *L'excitabilité électrique des nerfs et des muscles dans les cas de contractures anciennes, consécutives à des lésions centrales ou périphériques*; par M. le professeur L. Roncoroni (numéro de septembre). — L'étude de huit cas de contractures anciennes consécutives à la paralysie cérébrale infantile, à la polynévrite, à des brûlures ou au traumatisme, avec expériences multiples sur la mensuration des réactions galvaniques et faradiques, montre que chez les contracturés de toute origine, la réaction électrique neuro-musculaire est plus grande dans les muscles contracturés que dans les muscles antagonistes hypotoniques; mais que, à l'encontre des contractures d'origine périphérique qui ne présentent de la diminution de l'excitabilité électrique que dans le côté lésé et proportionnellement à la gravité de la lésion; dans les contractures d'origine cérébrale, la diminution de l'excitabilité électrique porte également sur les groupes musculaires intègres homologues du côté opposé. Ces phénomènes paraîtraient indiquer que l'intégrité des muscles homologues n'est qu'apparente, que l'opinion de van Gehuchten sur l'action inhibitrice du cortex cérébral sur les centres moteurs inférieurs est justifiée, et que, dans les cas de contracture,

ce sont, non pas les muscles contracturés, qui sont le plus gravement lésés, mais bien les muscles antagonistes.

VII. — *Perméabilité rénale au bleu de méthylène chez les épileptiques* ; par G. Sotgia (numéro de décembre). — L'étude de cette question, commencée sur quelques malades, et composant une série d'expériences comparatives chez l'homme sain et sur l'épileptique, avant, après et pendant les différentes phases de l'attaque convulsive, paraît indiquer que ni l'épilepsie, ni l'accès épileptique ne modifient la perméabilité rénale au bleu de méthylène. L'auteur se propose de réunir un plus grand nombre d'observations pour formuler une opinion ferme.

VIII. — *Sur un cas de thymus persistant chez un homme de cinquante-deux ans* ; par le D^r G. Marro (numéro de décembre). — Autopsie et examen histologique chez un dément paralytique dénotant la persistance d'une glande trilobée pesant 12 grammes enveloppée dans un abondant tissu adipeux et présentant les caractères anatomiques du thymus.

IX. — *Etudes cliniques et anatomo-pathologiques sur l'idiotie* ; par G. Pellizzi (numéros de mars, juin, septembre et décembre). — De cette copieuse étude basée sur une solide observation personnelle et la critique bibliographique complète du sujet, se dégage une classification méthodique qui doit être suivie dans le détail, et dont les grandes lignes peuvent être ainsi résumées :

Toutes les formes d'idiotie peuvent être rangées dans trois classes. La première classe comprend les idioties par pur défaut de développement du cerveau ou idiotie de *cause endogène* (microcéphalie vraie, anomalies diverses du développement cérébral et du cortex, tumeurs cérébrales, crétinisme). Elle comporte spécialement les idioties avec épilepsie essentielle et se caractérise, au point de vue clinique, par le cortège suivant : grave hérédité neuro-psychopathique, nombreuses anomalies physiques de développement, lésions diffuses de la motilité, perversions psychiques, dégénérescence morale, épisodes psychopathiques, délires paranoïdes, talents partiels.

La 2^e classe comprend les idioties par processus pathologique du cerveau et de ses enveloppes, et par traumatisme ou *idioties de cause exogène* (sclérose atrophique et polioencéphalite, méningites, ostéoplasies, sclérose en plaques, chorée, syphilides cérébrales, tumeurs hétéromorphes, traumatismes). Dans cette classe se rencontrent spécialement les idioties avec épilepsie symptomatique. Ses caractères cliniques sont : hérédité

dité neuropsychopathique rare ou nulle, anomalies physiques de développement rares, lésions localisées de la motilité, diminution psychique plus ou moins grave, caractère bon, évolution uniforme.

La 3^e classe réunit les *formes mixtes d'idiotie*, dans lesquelles on peut trouver réunis les symptômes fondamentaux des deux premières classes.

X. — *Allérations du sang par le froid*; par V. Tirelli (numéros de juin, septembre et décembre). — Dans une série de recherches expérimentales très complètes portant sur le lapin, dont le sang a été examiné dans les conditions les plus différentes et avec les méthodes techniques les meilleures (sang frais, sang desséché, sang dans les vaisseaux, dans la moelle des os, la rate, le poumon, le système nerveux), et en particulier dans les différents degrés de refroidissement et de congélation, le D^r V. Tirelli a pu rassembler des observations qui permettent de déterminer les modifications les plus ténues produites dans les divers éléments figurés et liquides du sang, pendant la vie et après la mort, sous l'influence du froid. Parmi les principales conclusions de ce travail on doit noter que :

1^o Dans l'action du froid, il y a lieu de distinguer deux catégories de phénomènes, ceux qui sont intravitaux et résultent du refroidissement simple, et ceux qui sont post-mortem du fait de la congélation; les uns communs aux deux catégories, les autres propres à chacune d'elles; tous plus ou moins accentués selon la durée et l'intensité de l'action causale;

2^o Les phénomènes intravitaux sont de deux sortes : destructifs et réactifs ou médullaires. Les premiers, limités dans le refroidissement léger, même prolongé, diffus et graves dans le refroidissement plus intense; les seconds, toujours peu apparents et presque nuls dans les températures les plus basses;

3^o Les faits intravitaux destructifs sont caractérisés : (a) pour l'organolepsie du sang, par la coloration *café* et la diffuence; (b) pour les érythrocytes, par l'émoglobinémie, l'oligocitémie, l'oligocromoémie, l'hypoisotonie; (c) pour les leucocytes, par la dyschromatophylie limitée;

4^o Les faits intravitaux réactifs ou médullaires sont par ordre de fréquence et d'espèce : (a) pour les globules rouges, la stabilité du nombre des corps endoglobulaires où leur légère augmentation en cas de réchauffement, légère augmentation des érythroblastes, la présence de mégaloctes; (b) pour les

globules blancs, augmentation du nombre et passage de la forme mononucléée à la forme granuleuse, présence des éléments à granules, des cellules médullaires, des formes en bâton ou en filaments dans les granules acidophiles des globules polynucléés ;

5° Les faits post-mortem ont un caractère de succession d'autant plus rapide que le refroidissement va jusqu'à la congélation. En plus des phénomènes déjà décrits au cours du refroidissement simple, on note par ordre chronologique : (a) pour les globules rouges, la diminution extrême des corps endoglobulaires érythrophiles, des granules, et chez les animaux exposés au froid après la mort, la vacualisation, le pointillage du protoplasma, la dénudation du stroma ; (b) pour les globules blancs, l'hyperleucocytose périphérique, la destruction des leucocytes qui atteint la limite extrême, frappant toute la circulation, les viscères, la moelle et entraînant l'apoièse par épuisement.

L'examen de ces faits, en expliquant le mécanisme de la mort par le froid, dans ses causes primitives ou mécaniques, permet aussi d'admettre l'importance de causes secondaires dépendant de la diminution du pouvoir phagocytaire du sang (infection, intoxication) : fait important pour la clinique. Il présente de plus un intérêt médico-légal certain au point de vue de la diagnose spécifique.

R. CHARON.

II Manicomio.

ANNÉE 1901.

I. — *L'individualité somato-psychique de la femme et ses troubles intellectuels* ; par le professeur del Greco (n° 1, 2). — Le clinicien aliéniste doit toujours avoir présent que l'individualité somato-psychique est, en quelque sorte, le noyau central autour duquel s'agglomèrent une infinie variété de faits pathologiques. En d'autres termes, il ne lui suffira pas d'accorder aux phénomènes constituant un syndrome morbide l'attention la plus soutenue, la plus minutieuse : il doit les analyser en les subordonnant à ces expressions individuelles communes (tempérament, constitution, âge, sexe, etc.), qui les rattachent aux modalités des différentes individualités normales ; il doit parcourir la succession des phénomènes se déroulant de ces indi-

vidualités moyennes aux troubles actuels et l'envisager comme un processus dont les éléments préexistent, au fond de l'individualité primitive, dégénérée ou non.

D'après ces vues, l'auteur se propose d'examiner brièvement l'évolution des psychopathies observables chez la femme; en d'autres termes il veut : 1° réduire les groupes symptomatiques à des expressions génériques, particulières à l'individualité féminine moyenne; 2° indiquer la marche par laquelle, d'une individualité féminine moyenne on arrive à cette forme clinique particulière. Il réunit en six groupes les faits morbides spéciaux, au sexe féminin et cherche sous l'ensemble de ces phénomènes à distinguer les linéaments de l'individualité propre à ce sexe. L'attitude générale de l'aliénée révèle déjà une prédominance des réflexes psychiques, une grande incoercibilité des réactions émotives, comme le démontre l'étude de la névrose hystérique où se rencontrent encore un rétrécissement de l'aire consciente, un affaiblissement de la raison et de la volonté, la puissance de l'imagination à créer des altérations organiques diverses et la mobilité extrême des états organico-psychiques. Il est admis que, au point de vue des caractères dégénératifs, la femme tend à varier moins que l'homme; il n'en est pas ainsi dans le mal sacré : l'épilepsie s'accompagne, chez elle, de graves anomalies somatiques et, fréquemment, d'arrêt intellectuel. La femme peu apte à la lutte et sans vigueur musculaire est plutôt sujette aux troubles de nature lypémaniaque ou anxieuse; rarement s'observent les formes paranoïques pures; ce sont de préférence, des lypémanies transformées (délire de négation, de possession, etc.). Les femmes jeunes et robustes atteintes d'accidents maniaco-sensoriels guérissent en un temps plus court que les hommes affectés des mêmes psychoses. La paralysie générale féminine est rare, aussi bien que la folie toxique, tandis qu'il en est tout autrement des délires aigus (infectieux).

Ainsi, émotivité, hystéricisme, tendances dépressives résultent de ce qui précède comme les caractères plus particulièrement spéciaux à la femme aliénée; l'épilepsie ne serait qu'une déformation de son organisme. Les psychoses, chez elle, prennent racine dans cette partie de l'individualité psychologique qui reflète nos états organiques, notre vie somatique interne. Or, le tempérament féminin résulte d'une constitution toute particulière adaptée spécialement à la maternité : de là, des fonctions (menstrues, grossesse, parturition, allaitement, ménopause) susceptibles par leur insuffisante régularité d'amener des trou-

bles mentaux, d'ordinaire heureusement terminés, mais de nature plus grave, s'il existe des prédispositions.

Pour schématiser l'individualité somato-psychique de la femme, nous dirons que : sous l'aspect physique, celle-ci vaut par ses énergies nutritives ; elle tend à la stabilité morphologique et nullement aux variations. Sous l'aspect mental, elle démontre énergiques autant qu'absorbantes ses émotions instinctives et familières, — une intelligence pauvre de forces abstractives et créatrices, — une volonté durable, têtue, passionnée, mais exempte d'initiative, de combativité, d'efforts coordonnés en vue de résultats lointains et compliqués.

De cette esquisse, passons à l'examen des modalités psychologiques possibles chez la femme. Tout d'abord, il faut songer qu'un procès pathologique est essentiellement désintégrateur de l'individualité somato-psychique dont il exagère les manifestations saillantes ; il dévoile, en outre, le moindre défaut constitutionnel ou psychologique. L'hystérie, si variée dans ses formes, n'est, après tout, qu'un état de *féminisme* exalté : c'est l'altération la plus commune chez la femme intelligente et cultivée. Les troubles habituels de l'aliénée consisteront dans l'incoordination intellectuelle et volitive, l'accentuation tenace et puissante des réactions émotives. De là, des folies confusionnelles et asystématiques, des démences aiguës, des désordres hystériques et lypémaniques avec aboulie ou volonté déprimée, des psychoses affectives, diverses et complexes.

Si nous recherchons, maintenant, les tares constitutionnelles et dégénératives propres à la femme, nous verrons toujours dominer, chez elle, la vie émotive en relation avec le drame, aussi long que multiple, de la maternité et de l'amour.

L'infirmière, l'institutrice dévouées sont telles sous l'influence du sentiment maternel latent ; l'imagination vive, la prompte émotivité font, au théâtre, foyer d'imitation, les grandes artistes supérieures à l'homme ; au contraire, la puissance inventive est le lot de celui-ci. Aussi, n'ont-ils, peut-être, pas tort, les anthropologistes, qui font de la femme de génie une déviation du type féminin ; de même, la femme violente, combative, meurtrière serait un écart accentué dans le même sens. Les maladies mentales propres à cette classe de manifestations psycho-physiques consistent surtout dans la folie morale à ses nombreux degrés ou modes. Altérations profondes, inversions même des affections familiales, cruautés, perfidie, rancune, impulsions de toute nature, raffinements de perversité, larcins personnels, propul-

sion au crime, défaut complet de moralité, etc., etc., sont les particularités morbides le plus souvent observées dans cette catégorie d'anormales.

II. — *Sur l'état actuel de la technique manicomiale*; note par le professeur Angiolella (n° 1, 2). — La psychiatrie subit le sort de toutes les sciences qui, obéissant au progrès, tendent de plus en plus à la loi de spécialisation. C'est ainsi que certains groupes morbides se dissocient et que nous avons vu, par exemple, « une première différenciation s'établir dans le chapitre relatif à l'étude des anomalies de sentiments, des sentiments sociaux et moraux en particulier : ce chapitre a constitué une science désormais autonome, l'anthropologie criminelle... » On parle déjà de l'éducation des idiots, du « repêchage » des déments peu avancés, de la cure rationnelle des épileptiques. On ouvre des écoles pour les premiers; on place, en attendant mieux, la majorité des seconds; on vise à se débarrasser, à l'aide de créations spéciales, des délinquants, des fous moraux, des alcooliques et l'on tend, ainsi, à réaliser l'asile idéal décrit par Magnan, au Congrès international de Paris, composé d'une section hospitalière pour les cas aigus, d'un quartier de convalescents à portes ouvertes et d'une surveillance pour les malades chroniques encore dangereux, vu leur état délirant.

Ce beau programme est, cependant, encore assez loin de sa réalisation, en Italie et même ailleurs; outre-monts, ils en sont toujours à l'asile-caserne à camisoles, cellules et portes closes; les ressources budgétaires ne permettant pas de refondre entièrement cette institution, ne serait-il pas, tout au moins, possible d'en tirer un meilleur parti qu'on ne le fait, à l'aide d'une distribution pathologique plus judicieuse? Au fond, la question manicomiale se résume en ceci : tous les malades d'esprit, c'est chose entendue aujourd'hui, ne sont nullement passibles d'un traitement unique, mais d'une thérapeutique différente selon les groupes auxquels ils appartiennent : les uns, nécessitent des soins, dans le sens médical du mot; d'autres, une surveillance étroite; certains sont capables d'éducation; les derniers ne demandent que des secours et un refuge. Eh bien, tous peuvent rencontrer, dans le même asile, ce qui leur convient; il suffit que ce dernier soit divisé en quartiers, séparés autant que possible, répondant à chacune des catégories sus-énoncées.

Le premier de ces quartiers constituerait la section hospita-

lière ou infirmerie; là, seraient admis les malades proprement dits, les aliénés occasionnels, c'est-à-dire non dégénérés ou anormaux; par exemple: les maniaques, les mélancoliques, les sensoriels, les confusionnés, les intoxiqués, les paralytiques — au début et, *accessoirement*, les épileptiques, les déments, les idiots en période d'excitation; tous ceux, en somme, qui, transitoirement ou en permanence, réclament des soins médicaux. Dans ce pavillon, la nourriture serait de nature spéciale, diverse, abondante et surtout azotée, afin de rendre, aussi vite que possible, toutes les forces perdues à l'organisme éprouvé.

La deuxième section, dite de garde ou de surveillance, contiendrait les criminels, les épileptiques, les paranoïques; elle serait pourvue convenablement de cellules et de moyens coercitifs, afin d'isoler et de maîtriser, en temps opportun, ses dangereux locataires. Le personnel en serait plutôt solide, imposant et sérieux qu'habile aux pratiques médicales, inutiles ici. Quant aux trois types cérébraux constituant la population du quartier, leur juxtaposition paraît naturelle à l'auteur, le comitial et le criminel étant équivalents (Lombroso) et ce dernier pouvant, par certains côtés, être assimilé au paranoïque, selon ses propres recherches. La paranoïa, du reste, se développe avec fréquence chez le délinquant et, quand le fait n'a pas lieu, on pourrait voir dans le paranoïque un criminel en puissance.

Le troisième quartier serait exclusivement affecté aux idiots ou imbéciles, d'abord pour les enlever à un milieu d'une moralité plus que douteuse, ensuite, pour permettre aux moins atteints de ces enfants l'accès de l'école spéciale ouverte à leur intention.

La quatrième section, enfin, recevrait les déments de toute nature (consécutifs, hébéphréniques, séniles, paralytiques, épileptiques) et, aussi, les marasmateux.

Les malades entrants seraient immédiatement dirigés sur le quartier approprié à leur état ou, dans le doute, pourraient, sans inconvénients, passer quelques jours dans la section hospitalière (n° 1).

En somme, avec des services généraux communs, ce qui a bien son importance, on pourrait, de la sorte, obtenir, dans une enceinte unique, à peu près tous les avantages qu'on espère d'édifices multiples destinés individuellement à tel ou tel genre d'aliénation.

III. — *Résistance à la putréfaction des éléments de divers*

tissus animaux; par le D^r U. Alessi (n° 1, 2). — Reprise et continuation d'expériences déjà exposées dans le *Manicomio* de 1899. La conclusion était alors la suivante : « Les éléments nerveux opposent à la putréfaction une résistance d'autant plus durable, que l'animal occupe dans l'échelle zoologique un degré moins élevé. » Actuellement, l'auteur a expérimenté sur différents tissus d'un même animal et a rencontré les plus vastes lésions comme les plus précoces dans l'ordre suivant : cerveau, moelle, foie, reins, muscles, tissu conjonctif; progression en rapport avec le développement embryogénique des trois feuilletts du blastoderme.

IV. — *Le traitement moral de l'accès psychopatique* (*Education et folie*); notes par le professeur F. Del Greco (n° 1, 2). — Pour faire œuvre bonne et durable à l'endroit de l'aliéné, il faut l'aimer, vivre auprès de lui, épier ses moindres modifications, encourager ses plus légers témoignages de conscience, etc. Ainsi fit Esquirol dont l'œuvre contient des pages admirables concernant le traitement moral de la folie. La doctrine, du reste, aussi complète que l'ait rendue l'expérience, se concentre en deux « préceptes dorés » : 1° Isolement du malade, durant la période aiguë de l'affection; 2° dès après cette période, réfection à l'aide du travail de sa personnalité sociale. De là, un ensemble de moyens qu'emploiera le médecin avec délicatesse et circonspection, après examen scrupuleux du sujet, tant dans son délire que dans ses antécédents, son milieu habituel, sa réactivité, etc.; car l'objectif du traitement est une véritable éducation ayant pour fin de restaurer, de réintégrer une personnalité humaine en désarroi. Ces moyens éducatifs sont de trois ordres : 1° les biologiques, agissant sur l'organisme entier, de façons diverses; 2° les psychologiques, automatiques, suggestifs; 3° enfin, ceux qui stimulent l'attention de la volonté. Chez l'aliéné, de tels moyens sont parfois malaisés, certaines conditions mentales lui faisant défaut : la vigueur organique, la puissance éliminatrice et synthétique de la conscience, les dispositions sympathiques, la communion spirituelle avec les hommes, la confiance et l'affection opérantes. Il faudra donc, tout d'abord, vaincre semblables obstacles; mais, si nous adoptons un type suffisamment schématique de malade, tant par le décours de l'accès que par les prodromes, développement et convalescence de celui-ci, nous pourrions émettre les considérations suivantes :

Dans la phase de préparation de la folie, conviennent quel-

ques démonstrations morales et affectives, mais plus encore les moyens biologiques, automatiques, suggestifs : en d'autres termes, il sied d'éloigner le patient de cet ensemble d'actions et réactions psycho-physiques et psycho-sociales où s'alimente l'altération morbide. Les voyages conviennent le mieux du monde à ce moment du délire.

Dans la période aiguë, se recommandent encore les divers moyens somatiques et psycho-physiques : séparation d'avec le milieu ou les individus témoins des débuts ; clinothérapie, puis activité modérée ; ambiance régulatrice de l'asile ; attitude et langage du médecin et des infirmiers : ceux-ci devront se borner à orienter le malade dans son nouveau milieu, à stimuler son énergie intime, à provoquer sa confiance, chose parfois difficile, vu l'humeur défiante et soupçonneuse du quidam.

Enfin, lorsque disparaissent les symptômes de folie aiguë et que les facultés d'assimilation et d'intégration conscientes tendent à se relever parallèlement à une amélioration dans toutes les activités somatiques, le travail trouve son indication ; c'est le troisième moyen d'éducation, le plus élevé ; il stimule la volonté, l'attention du malade, le mêlant au petit mouvement social de l'asile, l'obligeant à se créer une nouvelle existence spirituelle qui, indépendante des phénomènes morbides primitifs, tourne à leur élimination progressive. Le travail en a sauvé plus d'un qui aurait sombré dans la nuit dementielle.

C'est au médecin de varier convenablement ces moyens, au gré de la nécessité, tout en n'oubliant pas qu'ils se tiennent indissolublement ; comme il doit toujours songer, aussi, que l'expression par le malade de la confiance et de l'affection démontre les meilleures chances en faveur de son mieux-être. Il s'efforcera donc à gagner l'une et l'autre ; il fera tout pour atteindre son cœur. C'est l'antique précepte de toute éducation morale.

V. — *Affinité de certaines formes alcooliques avec l'épilepsie psychique* ; par le Dr C. Pianetta (n^{os} 1, 2). — Exposition de quatre cas d'intoxication éthylique aiguë qui, « soit par la « brusque apparition du délire, soit par sa violence d'explosion « et la nature des phénomènes psychiques l'accompagnant (humeur irritable prémonitoire, troubles sensoriels terrifiants), « soit par leur rapide disparition avec *restitutio ad integrum*, « mais, surtout par l'amnésie restante, offre une grande analogie avec certains équivalents épileptiques... Pour les dis-

« tinger des autres formes alcooliques on pourrait nommer « celles-ci : *délires épileptoides alcooliques* ».

VI. — *Idiotie et athétose*; par le D^r S. Tomasini (n^{os} 1, 2). — Observation d'une fille de vingt ans, athétosique double, à laquelle s'appliquerait très exactement la définition donnée par Hammond, à un symptôme près, que l'auteur a précisément mis en vedette dans le titre de son étude : l'Idiotie. La plupart des observateurs qui se sont occupés de l'athétose semblent avoir donné la prépondérance aux manifestations somatiques de la maladie et n'avoir considéré l'indigence intellectuelle du sujet que comme un épiphénomène, un fait secondaire et sans connexions avec elle; l'auteur pense, au contraire, que « l'arrêt du développement psychique est le symptôme le plus important de cette forme morbide ». Son opinion basée notamment sur l'observation actuelle, s'appuie encore sur les cas minutieusement étudiés par Clay Schaw (1873) qui, le premier, élargit la définition d'Hammond, examina la question au point de vue psychique et publia, de la sorte, non seulement « six relations d'athétose, mais aussi d'imbécillité ».

Il s'agit, dans l'espèce, d'athétose double, dite encore essentielle ou primitive (Grocco). Lorsqu'elle se complique d'insuffisance mentale, 2/3, cette affection pourrait presque être considérée comme une individualité morbide, détachée du vaste groupe des phrénasthénies à l'égal de l'imbécillité épileptique ou éclamptique; ce serait, selon le degré, l'imbécillité ou l'idiotie athétosique. « Le défaut de lésions anatomiques constantes et dignes d'intérêt, capables d'expliquer avec les ressources de la physiologie l'apparition de mouvements anormaux certainement causés par des troubles fonctionnels de l'encéphale, — la présence, par contre, de processus atrophiques et de stigmates dégénératifs spéciaux à l'arrêt de développement, — l'apparition de l'athétose dans le tout premier âge et, de préférence, dans un groupe donné d'individus, ce qui fait supposer une altération survenue dans la vie intra-utérine, précisément comme on l'admet aujourd'hui pour l'idiotie », légitiment cet affranchissement d'une forme pathologique isolée de l'athétose double proprement dite.

VII. — *Apport à l'étude des atrophies musculaires consécutives aux traumatismes des nerfs périphériques*; par le professeur d'Abundo (n^{os} 1, 2). — Quatre observations.

A. — Blessure par un éclat de verre au niveau de la gouttière qui sépare l'olécrâne de la tubérosité interne de l'humérus.

Torpeur immédiate de la main et de l'avant-bras droits, abolition de la sensibilité générale dans l'auriculaire et l'annulaire. Pas de suture nerveuse : flexion rapide des doigts intéressés. Examiné par l'auteur, trois mois après l'accident, le malade est dépourvu de sensibilité générale dans la région de la main innervée par le cubital ; diminution analogue à l'avant-bras ; atrophie des interosseux ; aplatissement réalisé ou commençant des éminences thénar et hypothénar ; force musculaire diminuée ; hypotrophie des muscles antérieurs de l'avant-bras ; réaction électrique nulle dans les muscles d'innervation cubitale ; insuffisance de contractilité musculaire aux courants galvanique et faradique dans la zone du médian. Ultérieurement, les troubles de la sensibilité demeurèrent stationnaires, mais l'atrophie musculaire s'accrut lentement ; en même temps, s'établissait de la paresthésie tactile, parfois douloureuse, dans l'auriculaire gauche, avec diminution évidente de la force musculaire de la main et décroissance de l'excitabilité galvanique et faradique des muscles hypothénar, ainsi que des 3^e et 4^e interosseux dorsaux ; plus récemment, paresthésie tactile douloureuse, vers les mollets, sans troubles de la motilité. Le fait de l'atrophie commençante des muscles innervés par le médian, tandis que l'examen de celui-ci exclut toute idée d'une lésion directe, démontre clairement qu'il s'agit d'une polyomyélite développée par le trauma du cubital. Une semblable opinion s'accrute encore, quand on songe à la symptomatologie observée du côté gauche (annulaire) ; ce qui suffirait à faire admettre la diffusion du procès polyomyélique, jusqu'à la corne spinale antérieure gauche. La paresthésie des membres inférieurs ne laisserait-elle pas concevoir, également, une propagation encore plus étendue ?

B. — Ecrasement oblique par une roue de charrette, de l'espace séparant l'annulaire de l'auriculaire droit ; pas de lésions apparentes ; impotence fonctionnelle des deux doigts avec fourmillement s'irradiant jusqu'au coude. Six jours après l'accident, fourmillement au pouce, à l'index et au médius, avec diminution progressive de la force musculaire. Un an plus tard, atrophie des interosseux, aussi bien que des éminences thénar et hypothénar ; même altération des muscles antérieurs et postérieurs de l'avant-bras ; serrement de main impossible. Contractilité musculaire abolie ou affaiblie (électricité), surtout à la main ; sensibilité nulle dans la région du cubital ; mouvements fibrillaires de tout l'avant-bras remontant jusqu'au bras, en arrière.

L'année en suite, accentuation des phénomènes trophiques ci-dessus; en outre, déchéance de la force manuelle gauche avec tremblement d'ensemble et affaissement de l'éminence thénar, mais sans aucun trouble de la sensibilité générale. — Considérations critiques analogues à celles formulées au sujet de l'observation A.

C. — Homme de cinquante-cinq ans, sans antécédents. A huit ans, blessure, le long du bord cubital de l'avant-bras gauche, perpendiculaire à l'axe longitudinal, à dix centimètres de l'articulation du poignet: abduction et flexion en griffe de l'auriculaire, atrophie de l'hypothenar et abolition de la sensibilité dans la zone du cubital; la validité de la main subsiste très suffisante. En juillet 1900, coup de stylet le long du bord antérieur du deltoïde gauche: en août, on constate une réaction défectueuse de tous les muscles innervés par le médian, une tendance de la main à l'incurvation, une forte flexion de l'auriculaire, la non-contractilité galvano-faradique des interosseux dorsaux et des muscles de l'hypothenar, l'anesthésie de la région cubitale et une légère diminution de la sensibilité générale dans le district du médian. Six mois plus tard, accentuation marquée des phénomènes précédents: atrophie notable des muscles, hypoesthésie accentuée du médian; main franchement en griffe. Un an après la dernière blessure, s'observe un fléchissement très net dans la force de la main droite; — pas d'autre particularité.

D. — Observation presque identique à la précédente (sauf le coup de stylet), avec troubles de même nature, mais sans aggravation ni propagation aucune de ceux-ci, douze années après le traumatisme, au membre du côté opposé (bras droit).

L'auteur fait remarquer que, dans ces quatre observations, la blessure affecta le cubital, mais inégalement; dans les deux derniers cas, en particulier, où ce nerf fut intéressé assez loin du centre spinal, les troubles fonctionnels se limitèrent au tronc nerveux atteint. Au point de vue de l'interprétation, le Dr d'Abundo, surtout en ce qui concerne les relations A et B, se demande si la diffusion du processus polyomyélitique fut le résultat d'une infection ou intoxication centripète. Mais, il se souvient, d'une part, que durant ses propres recherches antérieures (inoculations septiques ou pathogènes faites dans la gaine du sciatique), « la propagation centripète de l'agent morbide ne s'était jamais réalisée »; et, d'un autre côté, la clinique démontre que les inflammations locales engendrent rarement des

névrites et, surtout, des névrites ascendantes avec polyomyélites consécutives. Sans donc vouloir nier toute participation de l'élément infectieux, il n'en admet pas la prépondérance ; mais, remarquant dans l'observation A, la rapidité avec laquelle, malgré l'absence de tout antécédent nerveux héréditaire du sujet, le médian a réagi, en même temps que pouvait se noter, de bonne heure, la co-participation au processus du neurone cubital gauche, il croit entrevoir dans les faits une particularité qu'il formule de la sorte : « On doit supposer que des individus existent chez lesquels règne une telle solidarité collective entre les multiples neurones moteurs de la moelle, que la disparition d'un groupe de ces unités trouble l'intégrité fonctionnelle des autres... »

VIII. — *Un cas rare de polyoencéphalomyélite* ; par le Dr d'Abundo (n^{os} 1, 2). — Homme de soixante-trois ans, paysan ; ni syphilis, ni alcoolisme ; pas d'hérédité. En 1895, M. éprouve une certaine gêne de la parole ; l'examen révèle un léger tremblement fibrillaire de la moitié droite de la langue ; aucun trouble somatique ou mental. Plus tard, embarras oral plus marqué, difficulté dans l'alimentation, impossibilité de siffler. En 1897, affaiblissement des mains, surtout la droite, contraction en griffe, au début ; mouvements fibrillaires dans les muscles des épaules et des bras ; en 1898, cessation du travail par débilité des membres supérieurs. En janvier 1900, on relève : une atrophie notable de la langue, surtout à droite ; elle ne peut être tirée, ni relevée ; déglutition pénible ; mouvements fibrillaires accentués ; voix nasale ; mains crochues ; atrophie notable des interosseux et des éminences palmaires ; préhensilité manuelle abolie ; atrophie musculaire considérable aux bras et aux épaules, moindre aux avant-bras. Mouvements vermiculaires aux mollets ; pas de troubles dans la marche ; fait facilement 14 kilomètres à pied. A l'électricité, diminution dans la contractilité musculaire de la langue, et des autres muscles atrophiés ; suppression aux mains. Fonctions psychiques intactes ; vie végétative normale.

Le Dr d'Abundo, après avoir signalé la rareté du cas, comme, aussi, son intérêt, vu l'âge du sujet, l'absence des causes habituelles et la marche rapide de l'affection, pose le diagnostic de polyoencéphalite inférieure, ayant débuté par le noyau bulbaire de la douzième couple et s'étant diffusé vers la moelle, en déterminant une polyomyélite, type Aran-Duchenne.

IX. — *A propos de testaments attaqués* ; par le Dr R. Brugia

(n^{os} 1, 2). — Etude médico-légale dont le principal intérêt consiste dans les détails très circonstanciés et la critique très subtile. Il s'agit des variations testamentaires d'un délirant suicide qui, sous des influences diverses, toutes plus ou moins contingentes à son mal, avait modifié par trois fois ses dispositions dernières : d'où, procès et expertise médicale. La place nous manque pour donner une idée suffisante de la question, considérée l'importance de ses développements.

X. — *Les altérations du manteau cérébral dans l'intoxication urineuse*; par les D^{rs} N. Alessi et Pieri (n^{os} 1, 2). — Même après les travaux de Bouchard sur l'urémie, bien des points demeurent à élucider dans la pathologie urinaire, bien des divergences se sont produites, au sujet desquelles l'harmonie n'est pas encore parfaite. Les altérations cérébrales sont-elles constantes et de même degré, par exemple, quel que soit le mode d'administration du toxique, torrent sanguin ou cavité péritonéale? Des différences existent-elles entre les lésions provenant d'urines éliminées par des gens sensés ou par des aliénés? A l'effet de résoudre, si possible, quelques-unes de ces questions, les auteurs ont procédé à un certain nombre d'expériences dont voici la technique succincte. Urines des 24 heures; analyse chimique qualitative; examen quantitatif pour l'urée et l'acide phosphorique. Injection de liquide récent, soit dans la jugulaire, soit dans la cavité péritonéale de lapins, à doses tantôt suffisantes pour amener la mort rapide, tantôt assez discrètes pour déterminer à la longue, un myosis accentué avec abattement notable. Le dispositif consiste en un ballon gradué, muni d'un tube de caoutchouc, lui-même terminé par une aiguille mousse, pour l'injection veineuse (hauteur du ballon : 1 mètre) et par une seringue de Tursini pour l'injection péritonéale (hauteur du récipient : 1 m. 50). Aucune modification de densité, de température ou de caractère n'est apportée à l'urine recueillie. L'animal mort, autopsie immédiate; plongement du cerveau dans la solution de sublimé à 1 p. 100 (Heidenheim) et des autres viscères dans l'alcool; coloration par le bleu de méthylène et la thionine, le lithiocarmin, l'hématoxyline d'Ehrlich; examen au microscope Zeiss avec oc. II, ob. DD = 320 d. et, à l'immersion, avec $\frac{1}{12}$ oc. IV = 950 d.

Deux séries d'expériences comprenant également l'urine de sujets sains et de phrénopathes. La première, au nombre de cinq cas, est relative aux injections intra-veineuses (jugulaire

droite, doses d'urine variant entre 50 et 80^{cc}); la seconde porte sur sept animaux traités par injection intra-péritonéale (doses massives ou fragmentées oscillant de 100 à 375^{cc} au total, en un ou plusieurs jours). Dans tous les cas, un abaissement de température suit l'injection, chose déjà notée en médecine expérimentale et, aussi, en clinique (urémie); de même, on constate l'émission d'une légère quantité d'urine. A l'autopsie : anémie de l'écorce cérébrale, dilatation des ventricules-latéraux, et hyperhydrie ventriculaire à la suite des injections veineuses; — hyperémie du cortex dans le procédé péritonéal. L'examen du sang a toujours mis en évidence une diminution des globules rouges et de l'hémoglobine. L'examen microscopique du manteau a révélé, avec la première méthode, des altérations allant dans la même préparation, de la chromatolyse partielle avec homogénéisation du noyau, déchirures et varicosités dans les prolongements, dilatation des espaces lymphatiques péricellulaires, jusqu'à la destruction complète des amas chromatiques du protoplasma; avec la seconde méthode, au contraire, les modifications se réduisaient à des troubles chromatolytiques partiels, à l'homogénéisation et l'excentricité du noyau, la dilatation de l'espace péricellulaire, de faibles varicosités ou déchirures dans les prolongements. Pour les autres viscères, les lésions cellulaires parenchymateuses sont beaucoup plus accusées avec l'injection intra-veineuse : les reins et le foie sont particulièrement intéressés.

De l'ensemble des faits résultent les conclusions suivantes : 1° L'urine, injectée dans la circulation ou dans la cavité péritonéale, provoque une altération notable des cellules du cortex. — 2° Les lésions produites dans les autres viscères par ces injections n'aggravent pas les modifications corticales au point de pouvoir séparer les deux causes pathogènes. — 3° Les plus importantes altérations des cellules corticales sont consécutives à l'injection veineuse. — 4° Autant qu'il est possible d'en juger par le petit nombre des expériences faites, l'urine des individus sains et celle des aliénés déterminent les mêmes lésions. — 5° Il n'est pas possible d'établir, d'après les altérations cellulaires observées, un critérium permettant d'évaluer la toxicité d'une urine déterminée.

XI. — *Psychose hystérique et myoclonie*, par le Dr Mondio (n° 3). — En 1881, Friedreich faisait entrer définitivement dans le domaine scientifique, sous le nom de *Paramyoclonus multiplex*, une affection spasmodique entrevue, déjà, par Paget,

en 1847 et Henoch, en 1860. Depuis cette époque, le nombre des auteurs est considérable qui ont rapporté, étudié et dénommé, chacun à sa guise, des formes analogues, mais non entièrement semblables à celle décrite par Friedreich; les théories émises au sujet de leur pathogénèse ne sont pas moins variées. A ce travail d'analyse, succéda, bientôt, fort heureusement, une œuvre de synthèse, démontrant que tous ces types particuliers n'étaient que des modes transitionnels, des anneaux d'une chaîne commune dont l'ensemble constituait la *myoclonie*, — celle-ci revêtant de son caractère fondamental, le spasme musculaire classique, toutes les formes en question. Certains observateurs allèrent plus loin; ils é mirent cette opinion que « toutes ces expressions myocloniques doivent être considérées comme des manifestations ou des produits d'un état de dégénérescence ».

L'auteur, sans entrer dans le débat, se borne à l'exposition d'un fait pathologique tombé sous ses yeux, « fait d'importance non minime, tant au regard du concept qui unifie les diverses formes de myoclonie, qu'en face de l'opinion donnant à celle-ci une origine dégénérative ».

Cette observation concerne une fille de vingt-quatre ans, issue d'un père buveur et arthritique et d'une mère névropathe (?) à intelligence débile. Encore au sein, la malade était déjà secouée de mouvements désordonnés autant qu'involontaires (chorée) qui diminuèrent un peu vers l'âge de dix ans. Dès l'enfance, son caractère témoigna graduellement d'une inconsistance de plus en plus notable, et d'une exaltation, d'une bizarrerie, d'une excentricité qui, avec le cours du temps, se compliquèrent d'une foule d'autres stigmates hystériques (haine contre ses parents, refus de se marier après agrément d'un futur, impulsivité, etc.). Vers la vingtième année, elle s'adonnait à la boisson et, de ce moment, contractait des habitudes d'ivrognerie crapuleuse; cette passion développa encore ses tares dégénératives et, graduellement, on assita à une manifestation psychopathique de teinte nettement paranoïque, à réactions érotiques et religieuses, en premier lieu, suivies, bientôt, d'évidentes préoccupations persécutives : cortège auquel se combinent la sitiophobie, le mutisme persistant et, par dessus tout, la myoclonie. Les secousses musculaires, brèves et rapides, se produisaient sous forme d'accès de durée variable, souvent subintrants, et alternaient avec des contractions fibrillaires, accompagnées, parfois, de véritables crampes tétaniques, dans certains

muscles, et de tremblement. Elles se montraient, soit isolées, soit en même temps, sur divers points du corps ou des membres, et même à la face, où leur action, d'après l'auteur, aurait déterminé la sitiophobie, tandis que le mutisme, lui, reconnaîtrait une origine purement hystérique.

XII. — *Valeur et limites de l'investigation psychologique dans les études de psychiatrie et d'anthropologie criminelle (esprit et corps)*. Essai, par le professeur F. Del Greco (n° 3). — Pour bien étudier l'homme et, surtout, l'homme intellectuellement malade, on ne peut regarder comme détachées, comme indépendantes, la série des expressions somatiques et celle des expressions mentales qu'il émet. Toutes deux sont des aspects et le reflet d'un tout unique, déterminé par des formations cosmiques successives, toujours plus complexes et plus autonomes.

Ces formations ne sont pas seulement matérielles, mais prédominant, aussi, dans la sphère de la conscience et dérivent d'une triple série cosmo-tellurique, biologique et psychosociale. De là, peuvent s'inférer les notions de valeur et de limites, en ce qui concerne l'observation psychologique appliquée à la phrénatrie, le phénomène mental devant être considéré comme intimement lié aux autres manifestations somato-psychiques.

La recherche psychologique a pour valeur celle qui lui vient du phénomène conscient, « fait ultime et central auquel aboutissent tous les développements antérieurs et qui, à travers les actions et réactions de l'individu parmi l'ambiance sociale, croît et se développe sans cesse. Cette même investigation a pour limites dans le temps, soit les conditions originelles propres au phénomène conscient, révélées par l'allure du mal (folie) qui, à travers les expressions intimes et sans nombre de l'individualité biologique, démontre la confusion et la dissolution de toute vie intellectuelle, soit la marche parallèle, inséparable, des phénomènes somatiques qui, jusqu'au bout, accompagnent encore cette conscience et forment avec elle une seule entité.

« En psychiatrie, l'investigation psychologique a donc une valeur prédominante, d'utilité pratique directe ; il nous convient de connaître minutieusement l'histoire de l'âme malade et, de cette histoire, déduire son état présent, de façon à lui préparer un milieu psychosocial adéquat, modérateur de son activité déviée. »

L'investigation psychologique a une autre valeur encore ; le fait mental est comme le point de concentration où se ramè-

nent les altérations somatiques : modifications sphymographiques et respiratoires, cyanose, œdèmes, réflexes, etc. Aussi, parallèlement à l'histoire somatique, faut-il réédifier la phénoménologie psychique, de façon à former de l'ensemble une unité, c'est-à-dire l'accès ou état psychopathique ; ce qui, dans un cas particulier, nous ramène à une question chère à l'auteur, la conception de l'individualité somato-psychique, groupement de deux ordres de faits physiologiques nettement séparés, mais à réaction constante et réciproque. Des faits matériels résultent le tempérament et la constitution.

L'investigation doit donc, également, tenir compte de ceux-ci, elle examinera en quoi le désordre psychopathique pourrait se trouver lié aux mille conditions physiques, chimiques, telluriques ou biologiques, génératrices, chez le sujet, de modifications somato-individuelles capables d'influencer ce désordre.

La recherche psychologique, en somme, est limitée, comblée en quelque sorte, réalisée par la recherche somatique collatérale, en même temps que par l'investigation somato-psychique et cosmo-tellurique la précédant.

XIII. — *Une forme spéciale de négativisme mnémonique.*

Note clinique par le professeur Angiolella (n° 3). — Les classifications, aussi bien conçues qu'elles puissent être, ne permettent pas, quelquefois, d'affecter à un groupe défini certains cas mitoyens, pour ainsi dire, expressions de passage plutôt qu'entités morbides caractérisées. Le fait clinique rapporté par M. Angiolella ressortit à cette catégorie.

Il y est question d'un quadragénaire qui, ayant longtemps habité le Brésil, contracta, vers la fin de 1899, à Saint-Paul, une maladie infectieuse (?) en suite de laquelle il éprouva de premiers troubles psychiques inconnus dans leur forme. En avril 1900, il regagna l'Italie, calme et tranquille, mais affecté d'une perte complète de mémoire qui dure encore... Il est respectueux, posé, docile ; isolé dans un coin, il s'inquiète peu de l'entourage, mais ne dédaigne pas le jeu de cartes, à l'occasion. Interrogé sur n'importe quel fait, même une vétille, il déclare ne pas se rappeler, et, d'ailleurs, n'être pas « bon » à se remémorer quoi que ce soit, d'un jour aussi bien que d'une heure à l'autre. Il accepte, cependant, pour vrai ce qu'on lui affirme tel ; mais, personnellement, il ne sait s'il a froid ou chaud, faim ou non, quel est son âge, son origine, sa compétence en maçonnerie, l'étage, le dortoir, le lit où il couche, etc. ; toutes choses qu'il déclare ignorer, le sourire sur les lèvres et

sans faire le moindre effort intellectuel, sans que la moindre angoisse altère son visage. Les sentiments affectifs sont également diminués, la vue des siens éveillant seulement, chez le malade, l'idée de réclamer du tabac; les questions d'un autre ordre posées par eux demeurent à peu près sans réponses. Son adaptation à la vie manicomiale a été des plus faciles, son indifférence et une sorte d'automatisme l'y prédisposant.

L... n'est pas un simulateur, n'étant ni un fou moral, ni un dégénéré; ce n'est pas davantage un dément, bien que ses facultés aient pu légèrement baisser depuis l'origine de l'affection; pas assez, cependant, pour expliquer une amnésie aussi complète d'emblée.

Son ignorance des faits actuels (saisons, jour ou nuit, etc.), qui ne saurait plus, exactement, être considérée comme de l'amnésie, semblerait plutôt dénoter chez le malade un état de doute, une crainte d'affirmer des faussetés, un désir de dégager sa responsabilité, même au sujet de bagatelles: « Vous prétendez que c'est ainsi, dit L..., ainsi soit-il! Moi, je suis inapte à le savoir! » Il ajoute parfois: « Je dirais une chose, que ce serait, peut-être, le contraire... » Il nie, parfois, mais, non catégoriquement; il cherche un moyen terme entre la négation et le doute. Interrogé sur le point de savoir s'il est marié, il ne veut ni l'affirmer ni le nier et répond: « Je ne sais, je ne m'en souviens pas! » Il s'agit donc, ici, d'une forme mixte de négativisme et de dubitation, forme transitionnelle, de passage, entre des modes psychopathiques à caractère spécial: la neurasthénie partielle et le négativisme hypochondriaque.

XIV. — *Pathogénie de l'othématome chez les aliénés*; par le Dr Tomasini (n° 3). — A l'occasion d'un travail de Ceni, professeur à l'Institut psychiatrique de Reggio Emilia, sur l'étiologie de l'othématome, l'auteur rappelle certaines recherches faites antérieurement par lui-même et que n'a pas signalées Ceni. Du reste, lesdites investigations survenues après celles de Pellizi, de Vassale et de Goodall n'avaient pas résolu la question. Ces observateurs, suivis ultérieurement par Frisco et Noera, puis Scabia, ont cru découvrir dans le liquide de la tumeur, à titre d'agent pathogène, tantôt un streptocoque semblable à celui de l'érysipèle (Pellizi, Scabia), tantôt un staphylocoque spécial déterminant, sur l'oreille du lapin, un abcès identique à la tumeur de l'oreille humaine (Frisco et Noera). L'auteur, lui, reprenant leurs travaux n'avait rien trouvé de pareil, en dépit des précautions prises; Ceni, pas davantage;

ultérieurement ; ce qui lui semble démontrer vraie l'opinion de Welsch, partagée par bien d'autres : que la présence de micro-organismes dans de tels cas est un fait accidentel, le liquide en expérience abritant déjà un processus suppuratif.

Le Dr Tomasini a donc repris ses recherches qui l'ont amené à rejeter non seulement la théorie bactérienne, mais encore la doctrine du trauma soutenue par Gudden, Griesinger, Joire, et l'hypothèse des troubles circulatoires, trophiques ou vaso-moteurs, d'origine centrale ou périphérique, chère à Marcé, Dumesnil, Foville et Bonnet. Il voit, lui, dans l'othématome, « un stigmate dégénératif, une anomalie d'ordre pathologique, indice de dégradation en tant que témoignage de développement morbide chez des individus mentalement et physiquement débiles, cette déformation spéciale de l'oreille étant due à une évolution anormale dans le mode d'organisation du nouveau tissu, évolution pouvant très bien avoir pour cause cette faiblesse organique propre aux êtres dégénérés ». Ceni, avec Morselli, Ford Robertson, Kraepelin, Jolly et d'autres, croit que l'othématome des aliénés est l'expression de troubles trophiques, dégénérescences locales constituant la cause proxime de cette affection ; il fonde son dire sur les recherches de Ford Robertson qui a noté une véritable altération dégénérative primaire diffusée dans le tissu cartilagineux, tout entier, du pavillon de l'oreille. L'opinion de Ceni confirme celle de l'auteur ; au nombre des malades étudiés par le premier figurent trois idiots (deux macrocéphales, un microcéphale) « ayant, en outre, un complexe de caractères physiques dégénératifs si graves qu'ils justifient pleinement la supposition que le développement de l'othématome, chez eux, pourrait s'expliquer par une prédisposition à la rupture des vaisseaux du pavillon qu'auraient rendus plus friables des troubles généraux trophiques et dégénératifs » (Ceni).

E. NICOLAU

BIBLIOGRAPHIE

Trattato di psichiatria ad uso dei medici et degli student (Traité de psychiatrie à l'usage des médecins et des étudiants); par le professeur L. Bianchi, directeur de la clinique psychiatrique et neuropathologique de l'université royale de Naples. 3^e et dernière partie. Naples 1904, V. Pasquale éditeur, 1 vol., in-8° 466 pages avec figures.

Nous avons analysé ici même, il y a deux ans, la première et la deuxième partie du *Traité de psychiatrie* publié par l'éminent professeur italien. C'est la fin de cet ouvrage important qui vient de paraître tout récemment, sous la forme d'un gros volume de 466 pages contenant de nombreuses figures, photographies de malades, de pièces anatomiques, et dessins micrographiques pour les lésions de la paralysie générale et des démences, notamment. De nombreuses et intéressantes observations viennent à l'appui des descriptions didactiques et l'ensemble de l'ouvrage répond bien au but que s'est proposé l'auteur, mettre la psychiatrie à la portée des étudiants et des praticiens, leur donner des idées claires sur des points de leurs études laissés dans l'ombre la plupart du temps, et les mettre à même de suivre les progrès de la science dans une branche de la médecine à laquelle il n'est plus permis de demeurer entièrement étranger.

Dans le chapitre 1^{er}, l'auteur commence par tracer un programme d'examen méthodique du malade qui doit, pour lui, débiter par une enquête psychologique. Après avoir vérifié l'identité du malade, vérification qui peut mettre déjà en évidence les troubles de la conscience et de la personnalité, il faut, quand un malade ne se livre pas spontanément et qu'il y a lieu de le faire répondre à une interrogation méthodique, suivre les règles posées par Ferrari, étudier successivement le pouvoir percepteur du sujet, sa mémoire, ses facultés idéatives, puis le déterminisme moteur suggéré, commandé et spontané, et, s'il est possible, faire cette étude par les méthodes psycho-physiologiques dont l'auteur rappelle brièvement les règles.

Après l'examen psychologique vient celui du système nerveux, puis celui des stigmates dits de dégénérescence dont le professeur Bianchi reconnaît l'importance, sous cette restriction qu'on ne doit regarder comme dégénéré que l'individu porteur de beaucoup de stigmates, restriction sage que nous avons eu l'occasion de formuler il y a quelque vingt ans, en disant que les malformations physiques doivent être réunies en un certain nombre pour constituer un indice psychopathique.

Enfin, l'enquête doit se terminer par un examen médical : « L'aliéné est un malade, et rien qu'un malade, l'aliéniste est un médecin, rien qu'un médecin, mais un médecin, ayant quelque chose de plus que ses confrères, une culture scientifique, et des devoirs professionnels et sociaux spéciaux. »

Si l'on ajoute, comme il faut s'efforcer de le faire, à l'examen actuel de l'individu, l'histoire de ses antécédents personnels et l'étude de la constitution intellectuelle et morale de sa famille on aura tous les éléments pour résoudre le problème du diagnostic de la folie, « le plus difficile qu'ait proposé la médecine moderne à l'intelligence du praticien ».

L'auteur ne voulait pas tout d'abord donner de classification. Il a reconnu qu'il était difficile de se dérober et a risqué une tentative dont il ne se dissimule par les côtés faibles, mais qu'il expose, au moins comme mesure d'ordre.

Il divise les maladies mentales en trois grands groupes : le premier comprend les phénomènes morbides apparus avant que le cerveau se soit complètement développé. Ce groupe comprend les phrénasthénies, les paraphrénies, la folie morale congénitale l'épilepsie, l'hystérie, la paranoïa primitive, les idées fixes, la neurasthénie primitive, les psychopathies sexuelles.

Le second groupe comprend toutes les psychopathies qui se développent chez les individus à cerveau régulièrement évolué. Il se divise en deux sous-groupes, dont le premier est ainsi composé : manie, lypémanie, état mixte d'excitation et de dépression, folie circulaire et périodique, folie sensorielle, confusion mentale, paranoïa aiguë, paranoïa tardive, folie neurasthénique, folie choréique, folie syphilitique, délire aigu. Le deuxième sous-groupe comprend les folies toxiques : psychose pella-greuse, alcoolique, morphinique, cocaïnique, chloralique, saturnine, et par intoxication oxy-carbonée.

Enfin, le troisième groupe est constitué par toutes les maladies et les syndrômes qui sont l'expression d'altérations anatomo-pathologiques cérébrales, reconnaissables et démon-

trables. C'est le groupe des démences paralytique, syphilitique, sénile, post-hémiplégique, aphasique, traumatique, et suite de tumeurs, sclérose ou autres maladies organiques du cerveau.

Chacune des divisions de cette classification fait l'objet d'un intéressant chapitre dont une traduction seule pourrait mettre la valeur didactique en évidence. Nous citerons en particulier le chapitre sur les criminels-nés, où Bianchi déclare ne pas partager l'opinion de ceux qui regardent la criminalité comme organique et impossible à modifier, certains sujets présentant manifestement les caractères du criminel-né et arrivant vers l'âge de quarante ans à s'adapter au milieu social dans des conditions convenables ; sur la paranoïa, sujet qu'il essaie d'éclairer un peu ; sur la paralysie progressive dont l'origine exclusivement syphilitique ne lui paraît pas prouvée. Une part importante est faite dans chaque chapitre à l'étiologie, aux nouvelles découvertes anatomo-pathologiques et surtout à la thérapeutique. C'est bien là un véritable traité pratique et l'œuvre justifie de tous points son titre.

TH. TATY.

Nouvelles recherches chimiques sur l'épilepsie ; par le Dr Paul Masoin, médecin de la colonie de Gheel. (Mémoire couronné par l'Académie royale de Belgique. 1 vol. in-8°, Bruxelles, 1904.

M. Masoin s'est demandé si la théorie de l'auto-intoxication invoquée actuellement d'une façon assez banale pour expliquer la production de l'épilepsie était, dans l'espèce, une théorie satisfaisante et, de ses recherches chimiques dont nous allons parler, il résulte que les arguments invoqués par les partisans de la théorie sont loin d'avoir une valeur probante.

Dans le premier chapitre de son important mémoire l'auteur donne un aperçu historique et critique des recherches chimiques appliquées à l'étude de l'épilepsie ; il passe successivement en revue les modifications signalées dans les propriétés physico-chimiques des urines, l'élimination des sels minéraux, des substances organiques, des substances anormales, la toxicité urinaire, les altérations des liquides organiques, et, de cette revue critique, il dégage cette conclusion générale que, chez un grand nombre d'épileptiques, les accès s'accompagnent d'une désassimilation excessive, sinon atypique de la substance albuminoïde, mais sans rapport de cause à effet avec les accidents convulsifs.

Le second chapitre rend compte de ses recherches personnelles. Il a choisi la méthode d'Ehrlich appliquée aux diazotisations, qui, lorsqu'elle donne des résultats positifs, exprime toujours, incontestablement, un état pathologique. Un premier groupe de cinq sujets lui a donné des résultats positifs; un second groupe de deux sujets, des résultats négatifs; enfin un troisième groupe de quatre sujets, des résultats intermédiaires, c'est-à-dire à tendance positive ou négative.

D'une discussion serrée et savante, qui compose le troisième chapitre, M. Masoin dégage, au sujet de ces résultats, l'opinion que la désassimilation anormale dont l'organisme de certains épileptiques est le siège, *est un phénomène juxtaposé* qui n'est relié par aucun lien direct de causalité à la crise convulsive. Il s'agit d'un élément surajouté ne faisant pas nécessairement partie intégrante de la maladie, opinion qu'avait fait pressentir l'étude critique de son premier chapitre.

Nous félicitons bien volontiers notre sympathique collègue de son intéressant travail dont la note originale vient faire une heureuse diversion au milieu de tant d'élucubrations sans valeur où l'auto-intoxication, passée à l'état de dogme intangible, est comme le poumon dont la Toinette de Molière, dans ses dissertations pathogéniques, faisait un si mirifique usage (1).

A. CULLERRE.

Revue des Thèses de la Faculté de Lyon.

ANNÉE 1904

- I. — *Contribution à l'étude des formes dépressives de la paralysie générale*; par le D^r M. Périquier, Lyon. Décembre 1904, 106 pages.

Sous la direction du D^r Pic, qui a eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas de paralysie générale à début neurasthénique et à diagnostic difficile, l'auteur a apporté à l'étude des formes dépressives de la paralysie générale une contribution intéressante.

C'est surtout sur la période prodromique qu'il s'est étendu,

(1) Les *Annales* publieront prochainement un exposé succinct de ces nouvelles recherches chimiques sur l'épilepsie, fait par leur auteur lui-même. — N. D. L. R.

cette période étant d'ailleurs la plus importante et celle où le problème du diagnostic présente le plus d'intérêt et de difficulté. M. Pic lui a communiqué huit observations inédites fort complètes et fort bien étudiées au point de vue du début, partie généralement faible dans les observations prises dans les asiles. Tous les malades sauf un, occupaient des fonctions importantes et avaient une culture intellectuelle élevée. Aussi le trait commun du début est-il la constatation faite par le sujet de son incapacité à remplir sa tâche et de son insuffisance cérébrale, d'où mélancolie et dépression.

M. Pic a toujours pu faire le diagnostic, en se basant sur le psychisme, entre la paralysie générale et la neurasthénie simple; le neurasthénique analysant à fond ses sensations, raisonnant son cas, donnant des détails, avec un grand luxe sur les symptômes éprouvés, faisant souvent des réflexions écrites et abusant des petits papiers, tandis que le paralytique décrit ce qu'il ne ressent pas, appelle l'attention sur des troubles peu importants, laisse dans l'ombre des troubles réellement graves, et enfin donne peu de détails sur ses malaises.

Dans les huit observations, la syphilis a été notée, les malades s'étant tous bien surveillés et ayant pu rendre compte de leurs antécédents.

L'auteur a rappelé les observations du professeur Pierret sur le délire de persécution des tabétiques, signalé les modifications du tableau clinique de la paralysie générale dont les formes dépressives avaient paru prédominer il y a quelques années, et accepté l'idée émise par quelques auteurs de l'influence de l'intoxication alcoolique par des alcools de mauvaise qualité sur le développement de la forme dépressive.

Il conclut de son étude que la paralysie générale à forme dépressive est plus commune qu'il ne résulte des descriptions cliniques, et que lorsqu'il s'agit d'une forme diffuse et non d'une forme post-tabétique, le pronostic est en général sévère, la maladie évoluant rapidement vers la démence complète.

II. — *Aphonie hystérique et aphonie simulée*; par le D^r G. Royer. Th. Lyon. Décembre 1904, 62 pages.

Inspiré par M. le médecin-major Chavigny, de l'École de santé militaire, ce travail contient trois observations inédites prises à l'hôpital militaire.

L'auteur insiste sur la nécessité de rechercher soigneusement

les stigmates d'hystérie avant d'admettre l'idée de simulation. L'aphonie hystérique survenue à la suite d'un traumatisme en service commandé est justiciable de la réforme n° 1, avec gratification renouvelable; dans tout autre cas elle ne donne droit qu'à la réforme temporaire, au passage dans une autre arme ou dans les services auxiliaires.

III. — *Étude clinique et pathogénique sur le mutisme et l'aphasie hystériques*; par le D^r A. Saupiquet. Th. Lyon. Décembre 1904, 143 pages.

Ce travail, qui appartient au même groupe d'études que le précédent et qui révèle l'intérêt que portent de plus en plus les médecins militaires aux questions qui touchent à la psychiatrie, est une bonne revue générale. Il contient en outre trente-trois observations dont quatre inédites dues aux médecins-majors Georges, Chavigny, aux professeurs Lannois, Paul Courmont, à qui est due l'idée de la thèse, et Bondet. L'auteur pense qu'il n'y a pas lieu de distinguer le mutisme de l'aphasie hystérique, celui-là n'étant que la forme la plus complète de celle-ci.

IV. — *Étude médico-psychologique sur Olympe de Gouges. Considérations générales sur la mentalité des femmes pendant la Révolution française*; par le D^r A. Guillois. Th. Lyon. Décembre 1904, 92 pages.

Sous la direction du professeur Lacassagne, l'auteur a écrit une intéressante étude sur le cas d'Olympe de Gouges, qu'il considère comme atteinte d'un délire ayant tendance à la systématisation, décrit par certains auteurs sous le nom de délire paranoïque (paranoia reformatoria). De par ses antécédents héréditaires et personnels, c'était une prédisposée et la Révolution, agissant sur ce terrain préparé, eut plus de facilité pour la détourner d'une mentalité normale. Son cas n'est pas isolé; l'auteur étudie par comparaison ceux de Théroigne de Méricourt, de Charlotte Corday, de Cécile Renault et peut dire que toutes ces femmes étaient des déséquilibrées, et que leurs actes sont couverts par une certaine part d'irresponsabilité.

V. — *La trépanation néolithique et le crâne trépané de la Drôme*; par le D^r P. Salètes. Th. Lyon. Décembre 1904, 48 pages, une planche.

A propos d'un crâne trouvé dans la Drôme, à Montélimar,

par le professeur J. Courmont; et étudié dans le laboratoire du professeur Depéret, crâne d'adulte, trépané pendant l'enfance, sur la région pariéto-frontale gauche, par le procédé du raclage, crâne qui est le premier de ce genre trouvé sur la rive gauche du Rhône, l'auteur étudie la question de la trépanation préhistorique et admet qu'elle était pratiquée à l'époque néolithique sur le vivant et presque exclusivement sur les enfants. Elle était faite par le raclage du crâne, à l'aide d'un instrument tranchant, pratiquée dans un but thérapeutique, dans les cas de convulsions et vraisemblablement dans la plupart des affections du crâne et du cerveau se traduisant par un état convulsif. Les trépanations ont été faites sur tous les os du crâne, même sur le frontal, plus fréquemment que ne le croyait Broca.

VI. — *Criminalité juvénile*; par le D^r M. Thivol. Th. Lyon. Décembre 1904. 60 pages.

L'augmentation de la criminalité chez les jeunes est certaine. Les jeunes criminels éventuels se divisent en prédisposés héréditaires et mobiles indifférents. Les premiers sont les produits d'un milieu antérieur. Les seconds sont les produits du milieu actuel. Ceux-ci doivent être l'objet de mesures prophylactiques qui ont pour objet d'empêcher leur transformation en criminels. Les prédisposés héréditaires peuvent être traités scientifiquement dans des établissements médico-pédagogiques. Leur nombre peut être limité par des mesures prophylactiques s'adressant aux facteurs étiologiques : tuberculose, syphilis, alcoolisme surtout. (Travail du laboratoire du professeur Lacassagne.)

VII. — *Actinomyose primitive des centres nerveux*; par le D^r C. Dufls. Th. Lyon. Décembre 1904, 50 pages.

L'actinomyose primitive des centres nerveux est une affection rare. L'auteur n'a pu en réunir que sept observations qui paraissent mettre hors de doute la possibilité d'une localisation dans le cerveau du champignon parasite, en l'absence de toute manifestation viscérale ou cutanée de même nature. Au point de vue anatomo-pathologique, rien ne différencie la forme primitive de la forme secondaire. L'affection est néoplasique ou suppurée, et dans ce dernier cas elle peut être circonscrite ou diffuse. Le parasite pénètre dans l'économie à la faveur d'une

érosion muqueuse ou cutanée, mais aucune des hypothèses pathogéniques pour expliquer sa localisation dans le cerveau n'a été vérifiée. Les symptômes, variables avec la forme anatomique, sont ceux des tumeurs cérébrales, de l'encéphalite ou de la méningite. Le pronostic est fatal; le traitement, même chirurgical, impuissant. Le diagnostic est impossible. Peut-être l'examen du liquide céphalo-rachidien pourrait-il montrer quelques éléments caractéristiques (filaments mycéliens, massues).

VIII. — *Les psychoses d'origine thyroïdienne*; par le D^r G. Biros. Th. Lyon. Décembre 1904, 84 pages.

Toute perturbation de la fonction thyroïdienne amène des troubles psychiques en raison des liens certains qu'il y a entre cette fonction et les facultés intellectuelles. Ces troubles psychiques peuvent revêtir diverses formes; mais ceux qui prédominent sont l'asthénie intellectuelle, l'irritabilité mentale et l'impulsivité. Dans son travail, fait sous l'inspiration du professeur Poncet, l'auteur fait, à côté d'une affirmation discutable (groupement spécial des psychoses thyroïdiennes en dehors des troubles mentaux des dégénérés, en raison de leur polymorphisme, de leur variabilité excessive et de leur absence de systématisation), une constatation consolante. Ces psychoses sont justiciables d'un traitement, et ce traitement est exclusivement chirurgical. Il consiste à exciter la vitalité du tissu thyroïdien dans le cas d'hypothyroïdisation et à diminuer les fonctions sécrétoires de la glande dans le cas d'hyperthyroïdisation. Des observations appuient cette méthode.

IX. — *Troubles psychiques dans la sclérose en plaques*; par le D^r A. Geay. Th. Lyon. Décembre 1904, 96 pages.

Etude d'ensemble inspirée par le professeur Lannois et corroborant les données recueillies par lui à propos d'une observation publiée dans la *Revue neurologique*, 1903. L'auteur a réuni dix-neuf observations et accorde à la question des troubles psychiques l'importance qui ne lui avait pas été reconnue encore. Il pense que les localisations anatomiques des plaques de sclérose, aussi bien que les altérations histologiques des centres nerveux, sont suffisantes pour apporter une explication pathogénique des troubles psychiques constatés, et que ces lésions ont d'autant plus de chances de produire des désordres intellec-

tuels graves qu'elles se rencontrent chez des sujets présentant déjà des prédispositions névropathiques héréditaires.

X. — *Le sommeil normal au point de vue physiologique, biologique et médico-légal*; par le D^r M. Nicard. Th. Lyon. Décembre 1904, 67 pages.

Nous signalons ici ce dernier travail parce qu'il donne à une fonction importante l'attention qu'elle mérite. Les troubles du sommeil jouant un rôle considérable en aliénation mentale, il est intéressant de s'enquérir des conditions et des modalités du sommeil physiologique. La thèse, inspirée par le professeur Lacassagne, contient des aperçus intéressants sur le sommeil-institut et sur la fonction des nerfs trophiques. Elle se termine par un chapitre de médecine légale où sont notamment traitées la question du viol pendant le sommeil et celle de la responsabilité au moment du réveil brusque.

TH. TATY.

I. — *La demencia precoz* (La démence précoce); par le professeur Bernardo Etchepare, médecin de manicomie national. Broch. in-8°. Extrait de la *Revista medica del Uruguay*, juillet 1904.

II. — *Sobre dos casos de demencia precoz* (Deux observations de démence précoce); par le même. Broch. in-8°. *Ibid.*, novembre 1903.

Si l'on en juge par le nombre des travaux qu'elle provoque, la démence précoce est assurément la question du jour en psychiatrie. Dans l'apparition de la nouvelle entité morbide, le D^r Etchepare voit un événement aussi remarquable que celui de la première description de la paralysie générale dans le travail de Bayle. Adoptant d'une façon générale la conception de Kraepelin, relative aux trois variétés de démence hébéphrénique, catatonique et paranoïde, il y joint, comme l'ont fait Sérieux et Masselon, la variété simple (ce qui d'ailleurs n'est pas en désaccord avec l'enseignement du maître d'Heidelberg depuis que celui-ci a admis que la démence peut être plus ou moins complète et sa symptomatologie plus ou moins accentuée). Sur un point cependant, le professeur de Montevideo s'écarte nettement de la théorie de Kraepelin; alors que celui-ci fait entrer dans le groupe des démences précoces paranoïdes

la grande majorité des formes délirantes avec hallucinations et tendance à la systématisation, le Dr Etchepare réserve la dénomination de démence paranoïde pour les cas où le délire mal systématisé présente, en outre de son développement précoce, un cachet nettement dementiel.

Sont encore à noter les conclusions suivantes : La démence hébéphrénique est une psychose qui n'appartient pas exclusivement à la puberté ; même lorsqu'elle coïncide avec elle, une étude approfondie montre qu'il n'y a entre les deux aucun rapport de cause à effet.

La démence précoce est une démence primaire et acquise ; bien qu'elle n'exclue pas de la pathologie mentale les démences secondaires, elle restreint singulièrement la fréquence de ces dernières. Elle peut évoluer sur le terrain de la dégénérescence mentale mais sans en être tributaire.

En ce qui concerne l'étiologie, l'auteur reconnaît qu'elle est des plus obscures. Toutefois il semble pencher en faveur de l'auto-intoxication ; il admet également l'influence des maladies infectieuses et rapporte deux observations très complètes qui confirment cette opinion.

Dans la première, il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans, mariée, dont l'histoire se résume ainsi : Antécédents héréditaires : Mère asthmatique, caractère normal, aucune névrose. Père buveur mais ne présentant aucun signe d'intoxication alcoolique. Trois sœurs vivantes, non hystériques. Un frère mort de fièvre typhoïde, un oncle et deux cousines sourdes-muettes. Antécédents personnels : Pas de maladie pendant l'enfance, épistaxis très fréquentes, menstruation normale, caractère tranquille, affectueux. Pas de phobies, quelques obsessions impulsives. Grippe à dix-huit ans. Quatre accouchements, le troisième difficile, compliqué d'infection puerpérale.

A la suite de cet accouchement, la malade devient triste et manifeste des idées d'hypocondrie et croit sa mort prochaine. Elle néglige ses enfants, abandonne même sa famille et se réfugie chez son beau-frère où elle demeure pendant vingt jours. A force de prières on la ramène chez elle ; mais, dès la première nuit qui suit son retour, les troubles cérébraux s'accroissent (agitation motrice, cris, exclamations, attitudes cata-toniques). Les bains et un traitement approprié produisent pendant un an environ une amélioration relative, mais la malade reste capricieuse, indifférente vis-à-vis de son mari et de ses enfants. Quatre ans après, nouvelle grossesse, accouche-

ment normal, allaitement interrompu par un accès d'agitation des plus intenses. La malade est alors internée.

A l'asile, elle est mélancolique, déprimée, pleure continuellement; refuse toute nourriture; on l'alimente à la sonde. Elle garde un mutisme à peu près complet, et si parfois elle rompt le silence, c'est pour exprimer des idées d'auto-accusation; ses attitudes sont stéréotypées. Négativisme obstiné, refuse toute investigation. Crâne dolichocéphale, réflexes oculaires, palpébraux, pharyngien conservés. Pupilles égales, réagissant mal à la lumière et à l'accommodation. Pas de troubles de la sensibilité. Aucune modification pendant le séjour à l'asile. La malade succombe au bout d'un mois par suite d'accidents pulmonaires.

Autopsie : Encéphale congestionné, 1.400 grammes. Piamère injectée, non adhérente à la couche corticale. Hémisphères cérébraux égaux. Commissure grise normale.

Cavité gangreneuse à la base du poumon droit. L'examen histologique du cortex, de la couche optique et du noyau lentriculaire ne révèle aucune lésion nerveuse.

La seconde observation est celle d'une jeune fille de vingt-six ans. Pas d'antécédents héréditaires. Enfance normale; à l'école elle se montre docile, active, studieuse; dans sa famille, on la considère comme très laborieuse; elle témoigne une vive affection pour les siens.

Vers l'âge de douze ans une grippe assez sérieuse l'oblige à garder le lit pendant seize jours. Quatre ou cinq mois après cette infection, elle est prise subitement, au milieu de la nuit, d'un rire continu, sans motif (un rire fou, dit la mère). Les jours suivants, les marques d'affection qu'elle reçoit ne la touchent plus, elle ne s'intéresse à rien; les accès de rire se renouvellent avec un caractère de niaise béatitude; la malade se nourrit mal, dort peu. De temps en temps elle a des réactions motrices, elle se lève brusquement, se met à courir à travers la maison. Dans son lit, elle passe des heures entières à frapper les mains l'une contre l'autre.

Six mois après l'apparition des premiers symptômes démentiels, la malade est réglée pour la première fois sans que l'état mental en soit influencé. L'auteur insiste sur cette variété hébéphrénique de démence précoce qui débute bien avant la première menstruation, et ne peut avoir par conséquent aucun rapport avec les modifications organiques qui accompagnent cette nouvelle fonction.

Plus tard survinrent des hallucinations de la vue, quelques idées de persécution, de la suggestibilité et du négativisme, tantôt de la sitiophobie, tantôt de la voracité.

En résumé, observation intéressante à un double titre : par l'absence de tares héréditaires et par le début singulier de la maladie.

THIVET.

Report of a second case of dementia praecox with autopsy
(Un second cas de démence précoce avec autopsie); par le
Dr William Rush Dunton jr. Broch, in-8°. Extrait de
l'American Journal of Insanity, 1904.

Il s'agit d'une malade âgée de trente-sept ans qui, à la suite d'un violent choc moral, présenta de la dépression puis des idées de persécution, de culpabilité, avec des hallucinations probables de la vue et de l'ouïe, de la confusion, de l'agitation, des interprétations délirantes, de la faiblesse de l'attention, le tout accompagné de maux de tête, d'insomnie et d'inappétence. La confusion et la dépression ayant diminué, survinrent des hallucinations plus actives, des impulsions, des troubles de la circulation, de la malpropreté et rapidement une démence de plus en plus marquée avec, comme principaux symptômes, la stéréotypie, le négativisme, des discours absurdes et de nombreuses impulsions. Le négativisme et la démence s'accrurent de plus en plus, le poids baissa rapidement et la malade, cachectique, mourut de pneumonie.

A l'autopsie faite une heure après la mort on constate de l'atrophie chronique du cerveau qui est recouvert d'un exsudat fibrineux, les lésions pulmonaires causes de la mort et des lésions viscérales de second ordre.

L'écorce cérébrale traitée par les méthodes histologiques les plus variées, montre les lésions suivantes : la plupart des cellules sont pleines de pigment jaune pâle et présentent de la chromatolyse centrale; elles sont gonflées, leur noyau est atrophié, boursoufflé, déplacé et déformé; il y a parfois un nucléole; la membrane du noyau est rarement plissée; on peut constater de la phagocytose par endroits et il y a une certaine prolifération de la névroglie; les cellules pyramidales sont souvent tordues sur leur axe.

Dans le cervelet les cellules de Purkinje sont diminuées de nombre, déformées, atrophiées, ce sont des « cellules fantômes » :

les noyaux sont atrophiés et tordus; le chromoplasme est brisé; les cellules sont granuleuses, il y a accroissement de la névroglie et des cellules de Lannois et Paviot.

Ces lésions indiqueraient un stade moins avancé que dans l'observation précédente du même auteur (1).

Quelques phénomènes non encore décrits ont attiré l'attention de l'auteur qui ne sait s'il doit les attribuer à une nouvelle découverte ou à un vice de préparation : ce sont d'abord des modifications dans la coloration polychrome de la substance blanche cérébrale fixée par l'alcool à 96 degrés; puis dans la coloration à l'hématoxyline et eosine du cerveau fixé au formol; la présence d'une sorte de fibres irrégulières et à renflements, réaction inaccoutumée des fibres à myéline; en d'autres endroits ce sont de petits espaces lacunaires.

M. Rush Dunton rappelle les travaux récents de Lubouchine, de Bridier et conclue que « l'uniformité des découvertes faites semble indiquer que l'anatomie pathologique de la démence précoce peut être considérée comme en train de s'établir, bien qu'il faille encore d'autres confirmations. » Il écarte l'objection que les lésions qu'il a constatées sont les mêmes que celles de la toxémie expérimentale, car cela prouve simplement la vérité de la théorie étiologique d'une auto-intoxication probablement d'origine génitale : la démence précoce serait donc une psychose dégénérative, auto-toxique probablement et à marche lente.

D^r V. PARANT FILS.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Contribution à l'étude des délires par auto-intoxication (Insuffisance hépatique latente et petit brightisme); par le D^r Paul Juquelier. 129 pages in-8°. Paris, Jules Rousset, 1903.

— Etude médico-psychologique sur Olympe de Gouges. Considérations générales sur la mentalité des femmes pendant la Révolution française; par le D^r Alfred Guillois. 92 pages in-8°. Lyon, A. Rey, 1904.

— Asile de Maréville. Rapport médical sur le service des

(1) Cf. *Ann. méd. psych.*, septembre 1903.

hommes pour l'année 1903; par le D^r Vernet, médecin en chef. 20 pages in-8°. Nancy, Berger-Levrault et C^{ie}, 1904.

— Organisation d'un service de médecine mentale dans les prisons; par le D^r E. Masoin. 19 pages in-8°. Bruxelles, 1904.

— Les psychoses puerpérales et les processus d'auto-intoxication; par le D^r Roger Dupouy. 267 pages in-8°. Paris, Jules Roussel, 1904.

— Considérations sur les prétendues séquestrations arbitraires et sur le service médical dans les asiles d'aliénés; par le D^r E. Masoin. Extrait du *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*. 20 pages in-8°. Bruxelles, 1904.

— Un caso di idiozia mongoloide; par le D^r Angelo Alberti. 18 pages in-8°. Extrait du *Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale*, 1904.

— Fifty-third annual report of the state lunatic hospital at Harrisburg, Penn., for the year ending september 30, 1903. 64 pages in-8°. Harrisburg, 1904.

— Sopra un caso di microcefalia vera. Note clinico-anatomiche; par les D^{rs} R. Tambroni et A. d'Ormea. 22 pages in-8°. Extrait du *Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale*, 1904.

— The one hundred and thirty-first annual report of the eastern state hospital of Virginia (at Williamsburg) for the fiscal year ending september 30, 1904. 70 pages in-8° avec pl. Richmond, 1904.

— Feuilles d'hygiène. Propagande hygiénique et antialcoolique; hygiène scolaire; hygiène publique; hygiène sociale; par le D^r S. Courgey (d'Ivry). 1 vol. in-8°, de 288 pages. Paris, Henri Jouve, s. d.

— Die Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankheiten; par le D^r Bumke, assistant à la clinique psychiatrique de Fribourg en Brisgau. 262 pages in-8°. Iéna, Gustav Fischer, 1904.

— The one hundred and seventh annual report of the board of managers of the Maryland hospital for the insane near Catonsville Baltimore County. 57 pages in-8°. Baltimore, 1904.

— Ricerche sul ricambio materiale nei dementi precoci. Terza et quarta note: Ricerche urologiche e ricerche comparative sulla eliminazione del bleu di metilene per via renale negli stati di depressione e di eccitamento della demenza precoce e di altre psicosi. Note preventiva; par les D^{rs} A. d'Ormea et F. Maggiotto. 4 pages in-8°. Ferrare, 1905.

— La psichiatria nell'educazione pubblica. Comunicazione al Congresso freniatico tenutosi in Genova nell'ottobre 1904; par le D^r A. Marro. 33 pages in-8°. Extrait des *Annali di freniatria e scienze affini*, 1904.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés de décembre 1904 : MM. les D^{rs} MARIE, médecin en chef de l'asile de Villejuif; MALFILATRE, médecin-directeur de l'asile de Saint-Lizier (Ariège), et NICOLAU, médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde), sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (8.000 fr.);

M. le D^r GUYARD, déclaré admissible au concours d'adjuvat (juin 1904), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne;

M. le D^r TISSOT, déclaré admissible au concours d'adjuvat (juin 1904), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord);

MM. les D^{rs} CHEVALIER-LAVAURE, médecin-directeur de l'asile d'Auch (Gers), et CHARON, médecin-directeur de l'asile de Dury-lès-Amiens (Somme), sont promus à la 1^{re} classe de leur grade (7.000 francs).

— *Arrêtés de janvier 1905* : M. le D^r LIGIER, directeur de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est nommé directeur de l'asile de Bron (Rhône), en remplacement de M. Raoul, décédé;

M. MOUGUET, secrétaire de la direction de l'asile de Châlons (Marne), est nommé directeur de l'asile de Montdevergues;

M. le D^r DUBOURDIEU, médecin-directeur de l'asile de Lesvellec (Morbihan), est nommé médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère);

M. le D^r CROUSTEL, médecin-adjoint de l'asile de Lesvellec, est nommé médecin-directeur du même établissement;

M. le D^r TISSOT, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Dury-lès-Amiens (Somme);

M. le D^r PRIVAT DE FORTUNIÉ, déclaré admissible au concours d'adjuvat (juin 1904), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord);

M. le D^r BÉCUE, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Lesvellec (Morbihan).

— *Arrêtés du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts* : Sont nommés officiers de l'Instruction publique, MM. les D^{rs} BIAUTE, médecin en chef de l'asile de Nantes;

DUPAIN, médecin en chef de l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise), et RAMADIER, médecin-directeur de l'asile de Rodez (Aveyron);

Sont nommés officiers d'académie, MM. les D^{rs} BOITEUX et THIVET, médecins en chef de l'asile de Clermont (Oise), et SANTENOISE, médecin-adjoint de l'asile de Dijon (Côte-d'Or).

NÉCROLOGIE

D^r CAMPAGNE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du D^r Campagne, médecin en chef honoraire des asiles publics d'aliénés, membre correspondant de la Société médico-psychologique, membre fondateur de l'association mutuelle des médecins aliénistes, chevalier de la Légion d'honneur, récemment décédé à l'âge de soixante-seize ans.

Campagne (Pierre-Norbert), né à Sarragosse le 6 juin 1828, est mort à Montfavet (Vaucluse) le 19 décembre 1904. Etudiant en médecine à Montpellier, il avait débuté dans le service des asiles par la voie du concours comme interne à l'asile d'aliénés de l'Hérault. C'est là, dans le service du D^r Cavalier, qu'il recueillit les observations utilisées dans sa thèse inaugurale intitulée : *De la prédisposition à l'aliénation mentale*, qu'il soutint le 6 juin 1854.

Recommandé par ses maîtres à l'attention du Ministère, il avait, trois ans plus tard, le rare bonheur d'être nommé d'emblée le 19 juin 1857 médecin en chef de l'asile de Montdevergues, alors en voie de construction et destiné à remplacer la maison de santé d'Avignon dont les bâtiments défectueux ne répondaient plus à des besoins toujours croissants. En 1862, il présidait à la translation définitive des aliénés dans le nouvel établissement dont il organisa le service médical dans tous ses moindres détails.

Le 26 mars 1866, il est nommé membre correspondant de la Société médico psychologique qui, l'année suivante, lui décernait le prix André pour le mémoire qu'il avait présenté sur la Manie raisonnaute, sujet d'actualité et qui faisait alors au sein de cette société savante le sujet de discussions intéressantes entre les maîtres de la science. M. Jules Falret, rapporteur, à la séance du 25 février 1867, après avoir analysé et critiqué le travail du D^r Campagne, concluait ainsi : « Nous pensons donc
« que ce mémoire sagement pensé, convenablement écrit et
« dont toutes les parties sont harmoniquement coordonnées,
« constitue une bonne étude sur la manie raisonnaute. Les
« observations qu'il contient sont très intéressantes et devien-
« dront des documents utiles à consulter pour tous ceux qui
« sont appelés à juger cliniquement ou au point de vue médico-

« légal, ces cas si embarrassants. Enfin ce mémoire a le mérite rare de contenir des vues neuves et originales bien exposées et appuyées de preuves sérieuses et solides. »

Le D^r Campagne n'a point renfermé son activité dans la sphère du service médical de son asile ; il a voulu aussi se rendre utile à son entourage par des études scientifiques appliquées à l'agriculture et à l'hygiène publique. Ses travaux appréciés de ses concitoyens lui avaient ouvert les portes de diverses sociétés du département.

En 1885, il était nommé chevalier de la Légion d'honneur. Sa carrière fut des mieux remplies et après trente-cinq ans de service, pendant lesquels il s'est acquis l'estime de l'administration supérieure et de tous ceux qui l'ont connu, il fut mis à la retraite le 1^{er} septembre 1892.

Ses obsèques ont eu lieu à Montfavet au milieu d'une affluence de confrères et d'amis auxquels s'étaient joints le personnel de l'asile et un certain nombre de pensionnaires qui avaient demandé d'accompagner à sa dernière demeure l'homme de cœur qui avait été leur consolateur, leur ami.

Au cimetière, deux discours que nous reproduisons ont été prononcés, l'un par le D^r Pichenot, médecin en chef de l'asile de Montdevergues, l'autre par le D^r Alfred Pamard, président de l'Association des médecins de Vaucluse.

Discours du D^r PICHENOT, au nom de l'asile de Montdevergues.

Au nom de l'asile de Montdevergues, où il a eu la haute direction du service médical pendant trente-cinq ans ; au nom du corps des médecins aliénistes, je viens, non sans une profonde émotion, rendre un dernier témoignage d'estime et de regrets à l'homme de bien, à l'éminent Collègue qui a consacré son existence au service des aliénés.

Le D^r Pierre Norbert Campagne est né en Espagne, à Sarra-gosse, le 6 juin 1828, de parents français. Après d'excellentes études classiques faites dans sa ville natale, il arrivait en 1848 à la Faculté de Montpellier pour commencer ses études médicales. Là il ne tarda pas à fixer l'attention de ses maîtres : il était reçu successivement, par la voie du concours, en 1849 élève de l'école pratique de physique et chimie, en 1850 élève de l'école pratique d'anatomie et d'opérations chirurgicales, puis externe des hôpitaux ; enfin, en 1852, il était nommé interne de l'asile d'aliénés de Montpellier où il a passé cinq années. Au cours de cette dernière période, en 1854, une violente épidémie de choléra s'étant déclarée à l'asile, le jeune étudiant exposa sans aucune réserve son existence pour prodiguer ses soins aux malades. Sur la proposition de ses chefs et du Préfet,

le Ministère lui décernait une médaille d'honneur pour le récompenser du dévouement dont il avait fait preuve au milieu du danger.

Le 6 juin 1854, il soutenait sa thèse de doctorat sur la prédisposition à l'aliénation mentale, travail inaugural basé sur de sérieuses observations cliniques. Bien qu'en possession de son diplôme, il continua le service d'interne à l'asile pour compléter son instruction dans la spécialité des maladies mentales et nerveuses et acquérir toutes les connaissances cliniques indispensables à ceux qui se destinent à la carrière de médecin aliéniste.

Deux ans après, le 15 juillet 1856, il adressait au Ministère de l'Intérieur une lettre dans laquelle, à l'appui de ses titres, il sollicitait un poste de médecin dans les asiles d'aliénés :

« Je serais heureux, écrivait-il, s'il m'était possible, en acquérant une position stable dans un asile, de consacrer ma vie à la médecine mentale, objet de mes plus chères prédictions ».

Quelques mois plus tard, un événement tragique et des plus douloureux se passait à Avignon. Le Dr Geoffroy, médecin en chef de l'asile d'aliénés, mourait victime de son devoir, frappé au cours de sa visite par un épileptique. Ce n'est pas sans une émotion profonde que je rappelle ici cette fin malheureuse d'un confrère distingué, aimé de tous et dont la mémoire encore vivante dans ce pays, est particulièrement honorée dans notre établissement.

Le Dr Campagne fut désigné pour lui succéder et eut la bonne fortune, à vingt-neuf ans, de débiter d'emblée dans la carrière, comme médecin en chef, le 19 juin 1857.

Il s'adonna dès lors tout entier au service dont il avait la haute direction et l'entière responsabilité. C'est à lui qu'on doit l'organisation première du service médical de l'asile de Montdevergues où les aliénés furent définitivement transférés de la maison de santé d'Avignon, en 1862.

Sans cesse préoccupé de la santé et du bien-être des malades confiés à ses soins, il a, pendant 35 ans d'exercice, contribué de toutes ses forces au développement et à la prospérité de l'établissement. Ami du progrès et des réformes pratiques, il a employé à l'accomplissement de sa tâche toutes ses connaissances médicales, toutes ses qualités de cœur et toute la générosité de son caractère.

Il aimait ses malades, les traitait avec douceur et bienveillance, les consolait dans leurs infortunes et savait s'attirer leur affection ; aussi tous ceux d'entre eux qui l'ont connu ont-ils conservé de lui un souvenir touchant et lui manifestent-ils une reconnaissance profonde. Ces derniers temps encore ils

s'inquiétaient de sa santé et lorsque la nouvelle de sa mort s'est répandue dans l'asile, tous ceux dont la raison n'a pas encore complètement disparu, ont exprimé des regrets sincères et affectueux dont je suis heureux d'être ici l'interprète.

Observateur consciencieux, travailleur modeste, il présentait en 1867 sur la manie raisonnante un volumineux et intéressant mémoire qui fut couronné par la Société médico-psychologique dont il était déjà membre correspondant. Ce mémoire qui lui valut le prix André fut revu, complété par de nouvelles observations et fit deux ans plus tard l'objet d'une publication importante.

Membre de la Société des médecins de Vaucluse, il communiquait à l'appréciation de ses confrères les observations les plus intéressantes recueillies dans son service. Une voix plus autorisée que la mienne vous dira tout à l'heure de quelle estime il jouissait au sein de cette société savante.

Médecin expert des tribunaux de la région, il a rédigé au cours de sa longue carrière nombre de rapports médico-légaux dont la lecture démontre quelle sûreté de diagnostic, quelles connaissances scientifiques et quelle probité il apportait à la solution des questions si délicates et parfois si difficiles qui étaient soumises à son examen de médecin légiste. Tous ses travaux dénotent un esprit observateur, instruit et sérieux.

Dès 1860, et pendant presque toute la durée de sa carrière, il fit partie du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de Vaucluse où ses avis, ses conseils et ses conclusions étaient toujours bien accueillis et très appréciés par ses collègues. Il fut également membre de la Société départementale d'agriculture.

Le 17 juillet 1884, malgré toutes les précautions hygiéniques et préventives, le choléra faisait son apparition à Montdevergues et frappait durement la population des aliénés sans épargner le personnel de l'asile. Les contemporains du D^r Campagne disent encore aujourd'hui de quel dévouement, de quelle abnégation il fit preuve pendant toute la durée de cette triste période. Son activité ne se ralentit pas un seul instant; secondé dans sa pénible tâche par un personnel qui lui était tout dévoué, il se tenait jour et nuit au chevet des malades, sans aucun souci du danger qu'il courait lui-même.

Dans un remarquable et très détaillé rapport adressé à M. le Préfet de Vaucluse, il indiqua avec toute son autorité de médecin les causes, la marche, les caractères de l'épidémie dans l'enceinte de l'établissement. Il mit en relief les divers moyens employés, soit pour la prévenir, soit pour la combattre ou limiter ses atteintes. Au point de vue clinique, il s'efforça également de découvrir l'action réciproque du choléra et de la folie; il

signala ce que cette affection redoutable avait présenté de particulier chez les aliénés auxquels il avait prodigué ses soins. Comme juste récompense de son zèle et de son dévouement, il eut le 31 mars 1885 la grande satisfaction de recevoir du Gouvernement la croix de chevalier de la Légion d'honneur; chacun applaudit à cette distinction méritée qui couronnait ainsi une vie consacrée au bien.

D'un caractère modeste et détaché des bruits du monde, il n'a jamais aimé à se produire au dehors. Epoux dévoué, père affectueux, il savait en homme de cœur apprécier les douces joies de la famille. Il a eu le bonheur de pouvoir suivre et diriger avec intérêt le développement et les aptitudes de ses deux fils qui l'ont toujours entouré de leur affection et lui ont donné toutes les satisfactions désirables. Il a vu avec bonheur l'un d'eux embrasser la carrière médicale, il a pu l'aider de ses précieux conseils et de son expérience.

Cependant il avançait en âge, l'heure de la retraite approchait. Néanmoins, sentant ses forces encore vives, l'homme de devoir et de dévouement désirait les consacrer jusqu'à la fin aux malades pour lesquels il avait vécu. On se soumet à l'irrésistible poussée des jeunes; elle est inévitable, nécessaire même, mais lorsqu'à cette force naturelle se mêle une influence occulte et que l'on sent autour de soi naître et s'agiter une malveillance imméritée, le départ devient particulièrement douloureux. C'est ce qu'il advint en dernier lieu au D^r Campagne. Aussi l'heure de sa retraite fût-elle pour lui une heure de tristesse et de déchirement; sa santé même s'en ressentit et le moment de la séparation d'avec ses chers aliénés n'en fut que plus pénible.

Mis à la retraite le 1^{er} septembre 1892, il vint peu de temps après se fixer à proximité de cet asile où il avait passé plus de la moitié de sa vie. Tant qu'il fut valide, il aimait à revoir Montdevergues, à s'entretenir avec ses collègues et avec ses anciens malades; mais ces visites faisaient naître en lui une inévitable émotion et une certaine mélancolie qu'il cherchait vainement à dissimuler. La décroissance de ses forces rendit ses visites de plus en plus rares.

Ces jours derniers, son état s'aggravait brusquement et malgré tous les efforts de la science, malgré le dévouement à toute épreuve de sa chère compagne et de ses enfants, il s'est éteint paisiblement, entouré de tous ceux qui lui étaient chers et qui ont contribué à faire la joie de son existence.

Adieu, regretté collègue et ami, vous avez en l'insigne et rare bonheur de pouvoir réaliser tous vos projets et de vivre une longue et heureuse existence, entouré de l'affection de la famille, de l'estime et de la considération de tous.

Votre souvenir restera gravé à l'asile de Montdevergues,

ainsi que dans le cœur de vos amis, de vos collègues des asiles, de vos confrères de la région, de tous ceux qui vous ont connu et ont su vous apprécier. Vous vivrez aussi dans le souvenir de vos malades et de ceux qui vous ont aidé dans votre tâche parfois si pénible. Personne n'oubliera avec quel dévouement vous avez consacré votre existence à soigner les malheureux.

Au nom de tous, je vous salue une dernière fois et j'adresse à votre digne compagne, à vos enfants si cruellement éprouvés, l'expression de notre sincère et douloureuse sympathie. Que ces témoignages d'unanimes regrets apportent quelque soulagement à leur grande douleur.

Adieu cher collègue et ami, au revoir !

*Discours du D^r PAMARD, au nom de l'Association
des médecins de Vaucluse.*

Messieurs, depuis douze ans déjà M. Campagne avait renoncé à faire partie de la Société des médecins de Vaucluse : j'ai toutefois pensé que nous ne devions pas laisser partir un de nos membres fondateurs, un de ceux qui avaient occupé une place importante dans le corps médical avignonnais pendant plus de trente ans, sans venir lui apporter le juste tribut de nos regrets.

Il avait eu l'heureuse fortune d'être nommé, alors qu'il avait à peine trente ans, médecin en chef de l'asile de Montdevergues. Né à Sarragosse, il avait fait de brillantes études à Montpellier et ce furent ses maîtres qui le désignèrent au choix du Gouvernement pour ce poste envié qui était devenu vacant par la mort du D^r Geoffroy, assassiné par un épileptique.

L'asile était en voie de création et nous qui avons vu les choses de près, nous pouvons dire qu'il est l'œuvre de deux hommes, MM. Noroy et Campagne : leurs successeurs n'ont fait que continuer ce qu'ils avaient si bien commencé. Tous ceux qui ont vu à l'œuvre notre confrère se sont toujours accordés à rendre justice à la façon délicate dont il s'acquittait de ses fonctions difficiles. Il était admirablement servi par son esprit observateur, méthodique, et par une grande bonté.

C'était pour nous un vrai régal quand il venait donner communication à la Société de médecine de l'un de ses travaux, soit qu'il s'agît de recherches sur un point de pathologie spéciale, soit qu'il nous lût un rapport sur un cas de médecine légale. C'est là surtout qu'il excellait : ces rapports sont un modèle d'observation consciencieuse, méticuleuse même et de calme discussion amenant les plus sages conclusions. Aussi avait-il acquis une autorité indiscutable : dans toutes les affaires qui tenaient de près ou de loin à la médecine mentale, il était

l'expert désigné, non seulement dans le ressort de la cour de Nîmes, mais dans les ressorts voisins.

Quand l'heure du repos vint à sonner, il se retira près de la maison où il avait si longtemps travaillé et qui lui rappelait tant de souvenirs; il y trouva une charmante retraite que de pieuses mains lui avaient préparée. C'est là qu'il a vécu en sage, auprès de celle qui fut le charme et la consolation de sa vie, entouré d'attention par ses fils qui surent lui prouver qu'ils comprenaient ce qu'il avait fait pour eux. C'est là qu'il s'est éteint, laissant à tous ceux qui l'ont connu le souvenir d'un homme de bien et l'exemple d'une longue carrière de médecin dignement et honnêtement remplie.

Adieu cher et vieil ami!

D^r BEUGNIES-CORBEAU. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du D^r Beugnies-Corbeau, décédé à Givet (Ardennes), à l'âge de cinquante-deux ans.

Beugnies-Corbeau était un savant modeste et un érudit d'un rare mérite. Il a publié, entre autres travaux d'histoire de la médecine, une *Archéologie médicale de l'Égypte et de la Judée* (1891-1892). Ses publications sur la pathologie et en particulier sur les maladies nerveuses sont très estimées et lui ont valu d'être élu membre de nombreuses sociétés savantes. Beugnies-Corbeau faisait partie de la Société médico-psychologique, comme membre correspondant, depuis le 25 mai 1891.

D'une très grande activité, il consacrait, dans ses dernières années, les loisirs qui lui procurait une nombreuse clientèle à l'étude historique et géologique du canton de Givet; il avait même réuni un petit musée local du plus grand intérêt.

D^r REBATEL. — Nous devons aussi un dernier souvenir à notre sympathique confrère, le D^r Rebatel, décédé, en janvier dernier, à Lyon.

Le D^r Rebatel, qui avait été conseiller général du Rhône et administrateur des hospices civils de Lyon, était un aliéniste distingué, très apprécié comme médecin légiste. Il laisse à tous ceux qui l'ont connu le souvenir d'un homme de bien, d'une nature élevée et juste, très estimé et aimé de tous ceux qui ont eu la bonne fortune d'entrer dans son intimité.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

23. *Une nouvelle Jeanne d'Arc.* — On écrit de Villemonble au *Petit Parisien* (numéro du jeudi 1^{er} décembre 1904) :

M^{lle} Lucie Vautroux, âgée de cinquante-six ans, demeurant

avec sa sœur et son beau-frère, rue Saint-Louis, fut prise, hier matin, en leur absence, d'un accès de folie mystique.

Croyant être Jeanne d'Arc condamnée à monter sur le bûcher, elle pénétra dans le foyer, où flambait un grand feu.

Sa sœur, à son retour, la trouva dans un horrible état.

Epouvantablement brûlée à l'abdomen et aux jambes, la pauvre folle a dû être transportée à l'infirmerie spéciale du dépôt.

24. *Une autre Jeanne d'Arc.* — M^{lle} Poiret (Elisa), quarante-cinq ans, cuisinière, rue Lafayette, 8, donnait, depuis quelques jours, des signes non équivoques de dérangement cérébral. Elle parlait de Jeanne d'Arc et voulait sauver la France du désastre...

Hier, la malheureuse aspergea son lit de pétrole, y mit le feu et après avoir tiré une salve de coups de revolver, se jeta résolument sur le bûcher...

Des voisins, d'abord, et les pompiers de la rue Blanche, ensuite, arrivèrent à temps pour empêcher M^{lle} Poiret de mourir comme la Pucelle d'Orléans.

La pauvre aliénée n'en a pas moins été transportée dans un état lamentable à l'hôpital Lariboisière (*Le Journal*, numéro du lundi 5 décembre 1904).

25. *Homicide et suicide.* — On lit dans *Le Petit Parisien* (numéro du lundi 5 décembre 1904) :

Un drame sanglant, dont les causes sont, à l'heure actuelle, encore imparfaitement connues, s'est déroulé hier soir, vers 7 heures, dans le quartier de Plaisance, où il a produit une très vive émotion.

M^{me} Jeanne Hervé, âgée de vingt-huit ans, charcutière, 148, rue du Château, après avoir porté plusieurs terribles coups de couteau à la gorge de ses deux enfants, Henriette et Marguerite, âgées de quatre ans et de dix-huit mois, a tenté de se donner la mort en se tranchant l'artère carotide avec la même arme.

Aux gémissements poussés par les malheureuses victimes de cette effrayante tragédie, les voisins accoururent et enfoncèrent la porte du logement. Un affreux spectacle s'offrit aussitôt à leurs regards.

Sur le lit, rouge de sang, étaient étendues les deux enfants, tandis que la mère gisait sur le parquet.

Un médecin du voisinage fut immédiatement mandé, qui ordonna le transport d'urgence de M^{me} Hervé à l'hôpital Broussais et des deux pauvres petits êtres à l'hôpital des Enfants-Malades. Leur état, bien que très grave, ne paraît cependant pas désespéré.

De l'enquête à laquelle a procédé sans retard M. Baissac, commissaire de police, il résulte que M^{me} Hervé était depuis quelque temps, atteinte d'anémie cérébrale et qu'à plusieurs

reprises M. Henri Hervé avait menacé de l'abandonner en lui enlevant ses deux enfants.

C'est évidemment la crainte de voir cette menace mise à exécution qui a déterminé M^{me} Hervé à chercher à tuer ses enfants et à se tuer ensuite.

On ne peut voir dans sa tentative que l'acte d'une folle.

26. *Horrible suicide d'un alcoolique.* — Alcoolique invétéré, Jean Freyssingue, ouvrier charpentier, demeurant faubourg Poissonnière, avait de fréquentes crises de folie au cours desquelles il brisait tout chez lui. Hier soir, il s'enferma dans sa chambre, prit une hachette lui servant à fendre du bois et s'en porta au sommet de la tête un coup terrible. L'entendant râler, des voisins enfoncèrent la porte et relevèrent le malheureux, qui fut conduit à l'hôpital Lariboisière dans un état qui ne laisse aucun espoir de le sauver (*Le Petit Parisien*, numéro du lundi 5 décembre 1904).

27. *Double homicide et suicide.* — On écrit de Londres au *Petit Parisien* (numéro du lundi 5 décembre 1904) :

Dans un moment d'aberration encore inexpliqué, un père de famille, mettant à profit l'absence de sa femme et de son fils aîné, s'est empoisonné, après avoir tué deux de ses enfants.

Voici les faits tels que notre enquête personnelle, menée parallèlement avec celle de la police, nous a permis de les établir :

Au numéro 160 de Wightham Road, à Haringay, dans le nord de Londres, vivait dans une certaine aisance la famille Jorke, composée du père, gros négociant en peinture, de la mère et de quatre enfants, dont deux domestiques assuraient le service.

Hier, M^{me} Jorke partait de très bonne heure avec son jeune garçon, âgé de cinq ans, pour l'hôpital, à l'effet d'y consulter un médecin sur l'état de santé de ce dernier.

M. Jorke ne se rendit pas, ce matin-là, à son bureau, et, tandis que ses deux autres enfants, Dorothée et Charles, âgés respectivement de sept et trois ans, jouaient à côté de lui, il se mit à écrire deux lettres, une à sa femme, l'autre à son fils aîné, âgé de seize ans, par lesquelles il leur faisait part de la résolution qu'il avait prise.

Après avoir fini d'écrire ces deux missives, il prit Dorothée et Charles sur ses genoux et, tout en riant, il leur fit absorber une forte dose de chloroforme, puis il les porta sur son lit. Après quoi, il avala le reste du flacon.

Une heure plus tard, la bonne des enfants, inquiète de ne pas entendre les éclats de voix des gamins, frappa à la porte du cabinet de travail de M. Jorke.

N'obtenant aucune réponse, elle pénétra dans l'apparte-

ment où elle trouva étendus côte à côte sur le lit son maître et les deux enfants.

Affolée, elle courut chercher un médecin qui arriva aussitôt, mais il ne put que constater le décès des trois malheureux.

On se perd en conjectures sur les motifs qui ont poussé le négociant à se donner la mort, car il était très heureux et il adorait sa femme et ses enfants.

28. *Suicide d'un alcoolique.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du jeudi 8 décembre 1904) :

Un jeune ouvrier peintre, Paul Foucaudier, âgé de dix-huit ans, demeurant en garni, 29, place de l'Eglise, à Rueil, abusait depuis longtemps des liqueurs fortes.

La nuit dernière, dans un accès de *delirium tremens*, le jeune homme se jeta par la fenêtre de son logement, situé au troisième étage; la mort a été instantanée.

M. Labarre, commissaire de police, et M. le docteur Lanas, ont procédé aux premières constatations.

29. *Une folle aux côtés d'un mort.* — Avisé par le concierge de l'immeuble situé 38, rue de Lancry, qu'un nommé Dominique Mayer, sujet allemand, âgé de quarante ans, n'était pas sorti de chez lui depuis plusieurs jours, M. Durand, commissaire de police, se rendit à cette adresse hier soir et fit crocheter la porte de l'appartement.

On trouva le cadavre de Mayer, vêtu seulement d'une chemise, étendue sur le lit. A côté du corps complètement froid dormait paisiblement une dame Blanche Fellin, âgée de quarante-trois ans, qui, depuis plusieurs années, entretenait des relations intimes avec le décédé.

Aux questions qui lui furent posées, la femme répondit par des paroles incohérentes, puis elle partit d'un énorme éclat de de rire lorsqu'on lui dit que son amant était mort.

— Allons donc! Il dort!... Il dort depuis deux jours. Laissez-le tranquille. Il se réveillera assez tôt pour me faire enrager!...

Le corps de Mayer a été envoyé à la Morgue, aux fins d'autopsie, et sa maîtresse a pris le chemin de l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Matin*, numéro du 10 décembre 1904.)

30. *Menaces de mort.* — On lit dans *Le Journal* (numéro du lundi 12 décembre 1904) :

M. Delpech, commissaire de police de Clichy, a envoyé hier à l'infirmerie spéciale M. Léon Kirochel, quarante-cinq ans, rue Curton, n° 5, qui, armé d'un sabre et d'un revolver, voulait massacrer sa femme et ses enfants.

31. *Actes de violence et menaces de mort.* — On lit dans *Le Petit Parisien* (numéro du lundi 12 décembre 1904) :

M. Susset, commissaire de police de Grenelle, a envoyé hier

à l'infirmerie spéciale du dépôt le nommé Jules Boste, âgé de trente-cinq ans, demeurant rue Saint-Charles, qui, subitement frappé de folie alcoolique, avait jeté un litre de pétrole dans la devanture d'un coiffeur de la rue Croix-Nivert.

« Il ne fallut pas moins de quatre gardiens de la paix pour s'emparer du forcené, qui, armé de son tronçon de bouteille, menaçait de frapper quiconque l'approcherait. »

32. *Parricide*. — On télégraphie de Vermonton (Yonne) au *Journal* (numéro du mercredi 14 décembre 1904) :

Un terrible drame de l'alcoolisme s'est déroulé, hier soir, vers cinq heures et demie, dans la commune de Sacy. Sous l'empire de l'ivresse, un ancien brigadier de la garde républicaine, nommé Edme Menant, quarante-deux ans, a assassiné son père et tenté de tuer sa mère. Le père a succombé quelques heures plus tard, aux suites de ses horribles blessures ; quant au criminel, il a pris la fuite, et, à l'heure actuelle, il n'est pas encore arrêté.

33. *Tentative de suicide*. — Une tentative de suicide a été accomplie, hier matin, rue Greneta, 45, dans des circonstances particulièrement dramatiques. M. Pinon, propriétaire d'une boucherie installée à cette adresse, a tenté de se tuer en s'ouvrant la gorge avec un couteau à découper.

Depuis plusieurs jours, M. Pinon donnait des signes d'une grande surexcitation nerveuse.

Hier matin, il avait paru plus irritable encore que de coutume. Une cliente lui ayant fait quelques observations sur le morceau de viande qu'il venait de lui découper, il les accueillit avec beaucoup de mauvaise humeur. Lorsque la cliente fut partie, il se mit à aiguiser son couteau avec un soin tout particulier. Il murmurait entre ses lèvres, en faisant cette opération, des paroles incompréhensibles.

La caissière et le garçon boucher, qui l'observaient avec inquiétude, le virent tout à coup s'enfoncer le couteau dans la gorge. Ils s'empressèrent auprès de lui et lui enlevèrent l'instrument des mains avant qu'il eût pu s'en frapper une seconde fois. Bien que perdant beaucoup de sang, le blessé ne s'était, en effet, pas évanoui et ne semblait nullement calmé.

M. Pinon a été transporté à l'Hôtel-Dieu. Son état est grave, mais non désespéré. (*Le Journal*, numéro de samedi, 17 septembre 1904.)

34. *Excentricités*. — On lit dans le *Petit Journal* (numéro du lundi, 26 décembre 1904) :

Apercevant un individu âgé d'une vingtaine d'années qui, la nuit dernière, se promenait, vêtu d'une simple chemise, rue de la Tour-d'Auvergne, des gardiens de la paix s'approchèrent et demandèrent ce qu'il faisait là :

— Je suis l'hiver répondit-il, j'attends que la neige vienne couvrir mes épaules. Un dieu ne saurait s'habiller comme un mortel.

Les agents conduisirent au poste de la rue de la Rochefoucauld le pauvre dément qui, au matin, interrogé par M. Cornette, déclara se nommer Paul Laraine, et demeurer rue Milton.

L'enquête faite par le magistrat a établi que Paul Laraine donnait depuis un mois des signes manifestes de dérangement cérébral; il a donc été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

35. *La rancune d'un fou.* — Sous ce titre le *Petit Parisien* (numéro du jeudi 29 décembre 1904) rapporte le fait divers suivant :

Le 9 février dernier, — nos lecteurs s'en souviennent peut-être — un individu nommé Michel Roussel, âgé de quarante-deux ans, avait tenté de frapper à coups de hachette l'inspecteur de police Collibert, du commissariat des Epinettes.

Michel Roussel, que l'abus des boissons avait rendu fou, avait lancé son arme sur l'inspecteur qui, doué d'une grande agilité, avait fait un bond de côté et avait pu ainsi esquiver le coup que lui destinait le dément personnage.

Il avait fallu l'aide de M. Coston et de plusieurs agents pour s'emparer du déséquilibré. Michel Roussel, envoyé à l'infirmerie spéciale du dépôt, fut dirigé ensuite sur un asile d'aliénés.

Il en est ressorti avant-hier matin.

Durant sa détention, le dangereux personnage n'avait dû songer qu'à une seule chose : se venger de l'inspecteur qu'il avait voulu tuer une première fois. L'inspecteur Collibert est un jeune homme d'une trentaine d'années, possesseur d'une magnifique barbe noire.

Cette barbe dut frapper la vue et l'esprit de Michel Roussel.

Avant-hier, à neuf heures du soir, étant en complet état d'ébriété, il se précipitait dans le bureau du commissariat en s'écriant :

— Où est le barbu ? Où est-il, cet homme, que je l'étrangle ?...

Revenu de sa première surprise, l'inspecteur à qui il s'était adressé appela les gardiens de la paix et il fallut engager une lutte avec le forcené pour s'en rendre maître.

Michel Roussel, écroué au poste, passa toute sa nuit à déchiqueter ses vêtements, si bien qu'au matin il avait déchiré jusqu'à sa chemise !

Interrogé par M. Coston, le déséquilibré répondit :

— Je raccommode tous mes habits avec la barbe du barbu !

Inutile de dire que Michel Roussel a pris, pour la seconde fois, le chemin de l'infirmerie spéciale du Dépôt.

36. *Folie alcoolique homicide*. — On nous mande de Quimper qu'un drame de la folie alcoolique s'est produit à Guengat.

Une femme, Jeanne Cuzon, âgée de vingt-neuf ans, mariée au sieur Henaff, boulanger, vient de donner la mort à deux de ses enfants, l'un âgé de cinq ans, la petite Marie-Renée, et l'autre de trois ans et demi, le petit Hervé.

Mariée depuis huit ans, elle avait eu quatre enfants. Son mari ayant des habitudes d'intempérance, elle était devenue alcoolique à son tour. Elle se dirigea vers le pont de Kervern avec ses deux enfants, les descendit dans le ruisseau, où elle les étendit malgré leurs pleurs. Là, elle les plaça sur le dos, le visage tourné vers elle. Puis elle appuya chacune de ses mains de façon à empêcher toute résistance et attendit ainsi qu'ils fussent morts.

La femme Henaff a été arrêtée. Elle va être soumise à un examen. (*Le Temps*, numéro du dimanche 1^{er} janvier 1905.)

37. *Tentatives d'homicide*. — On lit dans *Le Petit Parisien* (numéro du lundi 9 janvier 1905) :

A la suite d'une tentative de meurtre commise sur une fillette de treize ans, en 1894, par le nommé Marécal, alors âgé de dix-neuf ans, ce dernier, qui ne paraissait pas jouir de la plénitude de ses facultés, avait été interné à l'asile de Villejuif.

Au bout de cinq années, il en ressortait à peu près guéri. Depuis, il dut être interné neuf fois par suite de crises de folie, avec des alternatives de mieux laissant croire à une complète guérison. La dernière fois, le 13 novembre 1903, il semblait plus irritable que jamais ; il protestait contre son internement et menaçait de sa vengeance les gardiens de l'asile de Villejuif, qui se souciaient peu de ses dires, Marécal étant pour eux une vieille connaissance.

Pourtant, le 29 décembre dernier, Marécal trouvait le moyen de s'évader, et, chose curieuse, quelques jours après, il revenait à l'asile de Villejuif, puis sollicitait son internement. On refusa de le recevoir, et, furieux, il s'en vint à la préfecture de police porter plainte contre l'administration qui avait refusé de le garder. Cette fois, on le prit réellement pour un fou et on le plaça en observation à l'infirmerie spéciale du Dépôt. Après examen, le D^r Legras ayant délivré un certificat de parfaite lucidité, Henri Marécal était remis en liberté.

Hier après-midi, le malheureux, plus fou que jamais, se rendait de nouveau à Villejuif, escaladait le mur de clôture de l'asile, et, muni d'un revolver et d'une boîte de cartouches, qu'il avait pu se procurer on ne sait trop comment, il se mit en devoir de tirer sur tous les gardiens qui avaient le malheur de se diriger de son côté.

La gendarmerie fut aussitôt prévenue et, lorsqu'on vint pour le cueillir, Henri Marécal s'amusait à cribler de projectiles la porte de la loge du concierge.

Fort heureusement, il y eut beaucoup plus de peur que de mal ; le pauvre dément put être appréhendé, sans difficultés, et conduit au bureau de M. Pols, commissaire de police de Gentilly, qui l'a immédiatement fait conduire à l'infirmerie du dépôt, d'où, cette fois, il ne sortira vraisemblablement que pour être dirigé sur l'asile d'aliénés auquel il a bien droit.

38. *Un alcoolique assassin.* — On écrit de Beauvais au *Journal* (numéro du mardi 10 janvier 1905) :

Un drame terrible s'est déroulé cette nuit dans un garni, rue du Faubourg-Saint-Jean. Un charretier agricole, Constant Deneux, quarante-cinq ans, ayant déjà subi trois condamnations, a, dans un accès de fureur alcoolique, assommé, à coups de matraque, sa maîtresse, une fille soumise du nom de Tellier.

Les voisins, étant donnée la fréquence des disputes qui se produisaient dans le faux ménage, entendirent, sans y faire autrement attention, le bruit des coups qui furent portés, malgré ses supplications, pendant plus de vingt minutes, à la victime.

Le cadavre de la malheureuse, complètement nu et couvert de plaies, a été trouvé ce matin étendu sur le lit, par le propriétaire du garni.

L'assassin, qui avait pris la fuite, a pu être arrêté cet après-midi.

39. *Tentative d'homicide.* — Au cours de la nuit dernière, Rosalinde Lettard, trente-six ans, demeurant rue Boissonnade, 56, profitant du sommeil de son amant, René Beaunin, lui a tiré un coup de revolver qui, fort heureusement, ne l'atteignit pas.

L'auteur de l'attentat ne jouissant pas de la plénitude de ses facultés, M. Beaunin refusa de porter plainte.

Rosalinde Lettard n'en a pas moins été conduite à l'infirmerie du Dépôt, par les soins de M. Leygonie, commissaire de police du quartier Montparnasse. (*Le Journal*, numéro du dimanche 15 janvier 1905.)

TRIBUNAUX

Au retour de la maison de santé. — Sous ce titre *Le Temps* (numéro du dimanche 1^{er} janvier 1905) publie le fait judiciaire suivant :

« La deuxième chambre du tribunal civil est saisie d'un procès en annulation de donation entre-vifs intenté par

M^{me} Alexandrine de Feydeau, née Pellarin de Beauvais, contre son neveu, M. Pellarin de Feydeau.

« Le 19 juin 1903, par acte authentique, M^{me} de Feydeau a tout donné à ce neveu : son château de la Roche, près Ribérac, une villa au bord de la mer et 60.000 fr. de valeurs, sous réserve d'usufruit au profit de son mari, dont elle vit aujourd'hui séparée.

« Elle allègue aujourd'hui qu'elle ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés au moment où cet acte a été fait, et il est certain que, par la suite, elle a dû être internée dans une maison de santé, d'où elle est récemment sortie guérie de sa « neurasthénie ».

« M^e Edmond Seligman, qui soutenait sa demande, expliquait hier aux juges qu'elle en était arrivée à la folie complète lorsqu'on lui a fait signer la donation de ses biens.

« Elle voyait partout des démons, se croyait le corps plein de serpents et, persécutée d'hallucinations, vivait en des transes perpétuelles et de perpétuelles fureurs.

« Son entourage exploita sa démence. Son frère, pour la dominer mieux, se déchaussait et lui montrait ses pieds nus, et lui faisait croire qu'il était le diable aux pieds fourchus. La pauvre dame avait la phobie des caisses de bois. Elle y voyait toujours des cercueils. Pour la forcer à signer l'acte notarié qui l'a dépouillée, on la menaça de l'enfermer dans une vaste boîte noire qui la remplissait de terreur...

« Contre ces allégations, le donataire, représenté par M^e Le Hénaffe, proteste énergiquement. Elles sont, d'après lui, purement imaginaires. Les crises de M^{me} de Feydeau étaient tout à fait passagères, et sa lucidité habituelle. Elle a agi, dans l'espèce, en parfaite connaissance de cause.

« Le tribunal statuera à huitaine ».

La deuxième chambre du tribunal civil, présidée par M. Morice, a, en effet, statué et accueilli *de plano* la demande d'annulation de la donation. Les faits lui ont paru d'ores et déjà suffisamment constants pour qu'elle ait jugé inutile de recourir à une enquête.

FAITS DIVERS

Meurtre dans un asile d'aliénés. — On mande de Marseille, qu'un nommé Bazille Sabaton, âgé de quarante et un ans, étant mort lundi à l'asile des aliénés, le médecin constata sur le corps du malheureux des blessures assez graves pour avoir entraîné la mort. Une enquête fut ouverte à la suite de laquelle il a été établi que le gardien Barthélemy et trois veilleurs, pris de boisson dans la nuit de Noël, avaient mortellement blessé Sabaton avec un instrument contondant.

Ces quatre misérables ont été arrêtés. (*Le Temps*, numéro du vendredi 30 décembre 1904.)

XV^e CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES.

Session de Rennes, 1^{er} au 7 août 1905.

Le XV^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra cette année à Rennes, du 1^{er} au 7 août, sous la présidence de M. le D^r A. GIRAUD, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure).

TRAVAUX SCIENTIFIQUES. — Les questions suivantes ont été choisies par le congrès de Pau pour faire l'objet de rapports et de discussions.

1^o *Psychiatrie*. — De l'hypocondrie. Rapporteur : M. le D^r ROY, de Paris.

2^o *Neurologie*. — Des névrites ascendantes. Rapporteur : M. le D^r SIGARD, de Paris.

3^o *Assistance*. — Balnéation et hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales. Rapporteur : M. le D^r PAILHAS, d'Albi.

Une place importante est réservée aux *Communications originales* sur des sujets de psychiatrie et de neurologie, et aux présentations de malades, de pièces anatomiques et microscopiques.

Une séance publique d'ouverture sera suivie des séances consacrées aux travaux scientifiques.

L'École de médecine et la Faculté des Sciences de Rennes mettront à la disposition du Congrès un matériel et des locaux, neufs et aménagés suivant les progrès les plus récents, et il sera très facile de donner des projections lumineuses.

Les adhérents qui auront des communications à faire sont instamment priés d'en faire parvenir les titres et les résumés au Secrétaire général avant le 1^{er} juillet.

EXCURSIONS. — Rennes, par sa situation à l'entrée de la Bretagne, à proximité des côtes de la Manche si animées et si recherchées pour les villégiatures et les séjours au bord de la mer, est un centre d'excursions fort pittoresques.

Les organisateurs du Congrès préparent des excursions à travers la forêt de Paimpont (l'antique Brocéliande, séjour de l'enchanteur Merlin), à travers la forêt de Fougères, jusqu'au Mont-Saint-Michel, avec la visite de l'asile d'aliénés de Pontorson.

Enfin une excursion sera dirigée sur Dinan, avec la visite de l'asile de Lehon. De là, les Congressistes suivront les rives de la Rance en bateau à vapeur et gagneront Saint-Malo. Il sera possible de visiter les environs de cette cité (Paramé, Rothéneuf, Cancale, Dinard, Saint-Lunaire, etc.).

Enfin, après le Congrès, une excursion pourra être organisée pour gagner en bateau à vapeur et visiter les îles anglo-normandes (Jersey, Guernesey).

Les chemins de fer des grandes compagnies ou du département mettront, comme de coutume, probablement, des tarifs réduits à la disposition des Congressistes.

Des démarches seront aussi faites auprès de MM. les hôteliers et restaurateurs pour obtenir des réductions de tarifs. Les adhérents au Congrès seront avisés ultérieurement des avantages obtenus.

Dans le but de faciliter aux organisateurs leur tâche auprès des compagnies des chemins de fer, MM. les membres adhérents seront invités à faire connaître à l'avance l'itinéraire qu'ils comptent suivre pour se rendre à Rennes.

Un programme détaillé des travaux et des excursions sera publié dès qu'il sera possible et adressé à tous les membres du Congrès.

Le Congrès comprend :

- 1° Des membres adhérents ;
- 2° Des membres associés (dames, membres de la famille ou étudiants en médecine, présentés par un membre adhérent).

Les asiles qui s'inscriront pour le Congrès figureront parmi les membres adhérents.

Les médecins de toutes nationalités peuvent assister à ce Congrès, mais il y a obligation à ne faire les communications ou discussions qu'en langue française.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents, de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront, avant l'ouverture du Congrès, les trois rapports. Ils recevront après le Congrès le volume des comptes rendus.

Prière d'adresser le plus tôt possible les adhésions, avec le montant des cotisations, à M. le Dr J. SIZARET, secrétaire général du Congrès, médecin en chef de l'asile public des aliénés de Rennes.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

ANNÉE 1906.

PRIX AUBANEL. — 1.000 francs. — Question : *Valeur diagnostique des symptômes oculaires aux différentes périodes de la paralysie générale, appuyée surtout sur des observations personnelles.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX SEMELAIGNE. — 500 francs. — Question : *Des sorties à titre d'essai, au point de vue clinique, administratif et législatif.*

NOTA. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1905, chez M. le Dr ANT. RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés ; ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresse des auteurs.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE



L'ALIENATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Psychologie physiologique

LE LANGAGE INTÉRIEUR

Par le Dr E. BERNARD LEROY

On observe de temps en temps dans l'histoire de la psychologie expérimentale des courants d'idées, ou, si l'on veut, tout simplement des modes, comme il en existe en médecine mentale, d'ailleurs. Il y a quelque quinze ans, le langage intérieur était ainsi à la mode : les ouvrages de M. Egger, de M. Stricker et de M. Ballet avaient suscité des discussions qui semblaient ne devoir jamais finir; partout on entreprenait des enquêtes à la manière de Galton, on s'exerçait au petit jeu des questionnaires psychologiques, et même dans le grand public, les épithètes de verbo-moteur, auditif, etc., étaient constamment usitées pour qualifier la tournure d'esprit et jusqu'au caractère de tel ou tel individu; puis, assez brusquement le silence se fit; le dernier écho de ces rumeurs un peu confuses se trouve, il me

semble, dans la très intéressante thèse inaugurale de M. G. Saint-Paul (Lyon, 1892).

Pendant une longue période, seuls quelques neurologistes, à propos des recherches sur les aphasies, s'intéressèrent aux conséquences de certaines idées exprimées par Charcot sur les variations individuelles des types endophasiques, — et presque unanimement d'ailleurs les déclarèrent inacceptables. Mais, l'an dernier, ont paru un nouveau livre de M. Saint-Paul, bourré de faits, une réimpression de la « Parole intérieure » de M. Egger et enfin, dans *les Archives de Psychologie*, des articles curieusement documentés de M. Lemaître; peut-être est-ce un nouveau mouvement qui se dessine. Quoi qu'il en soit, la question du langage intérieur est importante, en elle-même, et peut être en outre riche de conséquences au point de vue de la clinique mentale : c'est pourquoi j'ai voulu me rendre compte de l'état où elle se trouvait actuellement dans son ensemble. Je me suis placé, pour cette recherche, au seul point de vue psychologique, laissant volontairement de côté tout ce qui, dans la question des aphasies, notamment, et aussi dans la question des hallucinations verbales, n'est pas de nature à nous éclairer directement sur le langage intérieur.

I

L'observation méthodique et l'étude du langage intérieur n'ont guère été faites que depuis environ trente ans. Mais cela ne veut pas dire que l'existence de cette fonction ait été entièrement méconnue jusque-là. Ceux qui tiennent à démontrer qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil, peuvent, en faisant l'analyse étymologique de diverses expressions abstraites, y trouver d'assez nombreuses allusions au langage intérieur. Dans certaines langues du groupe polynésien, par exemple, pen-

ser se dit : *parler dans l'estomac*, périphrase trahissant, sans doute, quelque notion vague du rôle joué par le langage intérieur dans certaines formes de rêverie et de réflexion. Chez les anciens Égyptiens, l'idée de *penser* était exprimée par la périphrase « parler avec son cœur » et un de leurs idéogrammes qui représente un homme *faisant la conversation* avec son double placé en face de lui, symbolise, paraît-il, l'action de réfléchir.

Il semble bien que ce soient là des tropes fondés sur des observations psychologiques élémentaires.

Les Grecs certainement n'ignoraient pas entièrement l'existence du langage intérieur, mais sans en avoir toutefois une idée claire et précise. Ici d'ailleurs, on est arrêté par une grosse difficulté d'interprétation, résultant du mot même par lequel, en grec, est désigné le langage. ΛΟΓΟΣ signifie discours, pensée ou raison, il veut dire la parole, et aussi ce qui est dit : la pensée discursive. Il semblerait donc à première vue qu'exprimant par un même mot la parole et la pensée, les Grecs eussent assez nettement compris ce qu'est le langage intérieur et l'un des rôles qu'il peut jouer. Mais ΛΟΓΟΣ ne veut pas seulement dire : raison discursive, il désigne aussi la Raison même, abstraite, théorique, et la faculté de raisonner; aussi rencontre-t-on parfois dans les philosophes grecs des passages où l'on peut voir des allusions plus ou moins claires au langage intérieur, sans qu'il soit possible cependant de l'affirmer avec certitude. (Cf. Chauvet, *Des théories de l'entendement humain dans l'antiquité*. 1865, p. 45).

Platon appelle la pensée un dialogue intérieur silencieux de l'âme avec elle-même, et pourtant, ainsi que le fait remarquer M. Egger, « dans sa théorie du langage, Platon passe à côté de la parole intérieure sans la voir. Il ne l'a pas reconnue davantage dans les phénomènes attribués par Socrate à son démon; là pourtant, elle se

présentait avec un éclat et une originalité bien propres à attirer l'attention d'un philosophe » (1881, p. 11). Parfaitement claire et incontestable, au contraire, est la courte mention suivante que j'ai trouvée dans Aurelius Augustinus : « Et si verba non sonant, in corde suo dicit utique qui cogitat. » (*De Trinitate*, Lib. XV, Cap. xvii.)

Mais, ce ne sont là guère plus que des allusions et selon M. Egger, il faudrait aller jusqu'au xvii^e siècle pour trouver une description nette. En fait, si les scolastiques paraissent avoir complètement ignoré le langage intérieur, il n'en est pas de même des mystiques catholiques dès le xvi^e siècle. Térèse de Ahumada, par exemple, vers 1565, à propos des « paroles surnaturelles », c'est-à-dire de certaines hallucinations verbales qu'elle avait et qu'elle attribuait généralement à Jésus-Christ, était en grand souci d'éviter que l'on confondît ces phénomènes avec les vulgaires *discours que l'esprit se tient à lui-même* : « Je souhaiterais faire reconnaître, « dit-elle, en quoi les paroles du bon esprit diffèrent... « de celles que l'entendement forme intérieurement ou « qu'il se dit à lui-même.... L'âme qui aura entendu « des paroles divines verra clairement ce qui en est, « car entre elles et les autres, il y a une souveraine « différence. Quand c'est l'entendement qui forme ces « paroles, il agit comme une personne qui arrange un « discours; et quand elles émanent de Dieu, il écoute « ce qu'un autre dit. Dans le premier cas, il verra clai- « rement qu'il n'écoute pas, mais qu'il agit; et les « paroles qu'il forme ont je ne sais quoi de sourd, de « fantastique et manquent de cette clarté, caractère « inséparable de celles de Dieu. Aussi pouvons-nous « alors porter notre attention sur un autre objet, de « même qu'une personne qui parle peut se taire; mais « lorsque c'est Dieu qui nous parle, cela n'est plus en « notre pouvoir. » (Trad. Bouix, 1880. I. p. 261.) L'au-

teur de ces lignes avait donc parfaitement observé sur elle-même l'existence de « discours intérieurs » bien différents de ses perceptions fausses. D'ailleurs, dans les œuvres de celui qui fut jusqu'à un certain point son maître, Jean d'Avila (1500-1589), on trouverait aussi plus que de simples allusions au même phénomène ; enfin, le principal représentant de l'école de Térèse de Ahumada, Jean de la Croix (1542-1591) décrit, comme il suit, un genre particulier de « paroles surnaturelles » qu'il qualifie de « successives » et qui ne sont pas hallucinatoires : « L'esprit forme ordinairement les paroles que nous avons appelées successives, lorsque étant rentré en lui-même, il s'applique fortement à la considération de quelque vérité. Il s'y absorbe tout entier ; il fait alors de très justes raisonnements sur son sujet, avec facilité, avec clarté, avec distinction ; il découvre des choses qu'il ignorait auparavant. Il lui semble que ce n'est pas lui-même qui opère, mais que c'est un autre qui lui parle, qui lui répond, qui l'instruit intérieurement, et véritablement, il y a lieu de le penser et même de le croire ; car il parle lui-même avec soi-même, et il se répond comme si un homme s'entretenait avec un autre homme et, en effet, cela se passe chez lui de la sorte, parce qu'*encore que ce soit l'esprit lui-même qui fait ces effets*, néanmoins le Saint-Esprit lui donne souvent le secours de sa grâce pour former des pensées, des raisonnements et des paroles conformes à la vérité qu'il médite. D'où vient qu'il prononce ces paroles et qu'il se les dit à soi-même, comme si c'était une parole distincte. » (*Montée du Carmel*, L. II. Chap. 29.)

On doit, néanmoins, en lisant ces sortes d'ouvrages, se méfier d'une confusion de termes. Les deux passages que je viens de citer sont clairs, d'autres le sont moins : Térèse de Ahumada parle souvent de l'intelligence, de l'entendement, « qui discourt » ;

il semblerait à première vue que ce qu'elle désigne ainsi ne puisse être rien autre que le langage intérieur ; mais il faut savoir que les scolastiques distinguaient deux formes d'intelligence : l'intuitive et la discursive. L'intelligence intuitive était celle qui allait, paraît-il, directement au but, sans intermédiaire, par une sorte d'aperception immédiate ; l'intelligence discursive était l'intelligence qui cherche, qui raisonne, qui procède par degrés, se mouvant par phases : c'est en somme celle que chacun de nous connaît par expérience. Cette distinction n'a pas de rapports directs avec la question du langage ; or, s'il y a dans les œuvres de Térèse de Ahumada nombre de passages où très manifestement il est question du langage intérieur, en d'autres il s'agit simplement de cette distinction théologique.

Toujours est-il que la « Logique de Port-Royal » n'est pas, comme le pensait M. Egger, « l'ouvrage le plus ancien » où se trouve mentionné le langage intérieur ; il n'y est d'ailleurs que mentionné, sans plus (dans la cinquième édition, p. 129-130), comme il le fut plus tard aussi par Bossuet dans son « Instruction sur les états d'oraison » (1747), et un peu plus tard encore par l'abbé Richard dans sa « Théorie des Songes » (1766), où se lit le passage suivant : « L'habitude que l'on s'est faite de lier continuellement les idées avec les signes représentatifs est cause que l'entendement ou l'âme ne forme jamais aucune pensée sans que l'imagination ne lui en représente en même temps les signes et les noms convenus. En méditant, on parle déjà et on s'exprime intérieurement. »

Au cours du XIX^e siècle, nous voyons le langage intérieur étudié, ou simplement mentionné par un grand nombre d'auteurs ; dès le début, on commence à en distinguer les différentes formes, aussi sera-ce seu-

lement à propos de chacune de ces formes que je m'occuperai de cette phase de l'historique.

II

Les limites de ce que l'on est en droit de considérer comme langage intérieur demandent à être précisées. « Lorsque nous nous abandonnons au cours de nos réflexions, dit M. Dejerine (1901, p. 425), lorsque, en d'autres termes, nous faisons acte de penser, nous pouvons le faire de deux manières très différentes : ou bien nous pensons avec des images d'objets, ou bien nous pensons avec des images de mots, et dans ce dernier cas nous cautions avec nous-mêmes, c'est-à-dire que nous pensons à l'aide de notre langage intérieur. » Il semble donc que pour M. Dejerine il n'y ait pas « langage intérieur » s'il n'y a pas « images de mots » ; c'est restreindre beaucoup trop l'extension de cette expression « langage intérieur ». Je préfère admettre qu'un langage intérieur n'est pas nécessairement le décalque d'un langage extérieur et que les signes entrant dans sa composition ne sont pas nécessairement les images des signes habituellement employés par le sujet pour entrer en relations avec ses semblables. Cette manière de voir recule évidemment beaucoup les limites du langage intérieur ; il ne faudrait pas les reculer indéfiniment ainsi que certains auteurs ont tendance à le faire : pour peu, ils y feraient rentrer le raisonnement, la rêverie, le travail de l'imagination créatrice, le rêve, bref, toute la psychologie de l'intelligence. M. Egger n'est pas absolument exempt de cette tendance ; mais elle est surtout représentée par M. Ballet, qui dans son livre sur « Le langage intérieur et les formes de l'aphasie », ne fait pas toujours suffisamment la distinction entre le langage intérieur et des formes très

diverses d'imagination. La dénomination « langage intérieur » implique que les images entrant en jeu ont véritablement le rôle de signes. Pour cela il faut d'abord qu'une idée donnée soit toujours, avec une certaine fixité, représentée par la même image et réciproquement. En second lieu, il est nécessaire que ces images-signes « s'enchaînent en successions régulières dans la conscience » (Egger. *La parole intérieure*, 1881, p. 26-27), comme le feraient les mots d'un langage, et forment comme eux des séries susceptibles de se développer sans avoir besoin d'un constant point d'appui en dehors d'elles-mêmes.

On peut pressentir qu'il doit y avoir autant de formes de langage intérieur que de langage extérieur, c'est-à-dire des formes visuelles et auditives ; il y a en outre des formes musculaires représentant en quelque sorte, non plus des langages perçus, mais des langages émis.

DE LA PAROLE INTÉRIEURE

Le langage intérieur auditif est le mieux connu, le plus anciennement observé ; je lui réserverai exclusivement le nom de « parole intérieure » que M. Egger lui a donné.

I

Pendant fort longtemps la parole intérieure ne fut pas distinguée de l'articulation intérieure. Lorsque, chez les anciens, nous rencontrons çà et là quelques allusions au langage intérieur, rien ne nous autorise, le plus souvent, à affirmer que ces allusions se rapportent plutôt au langage auditif qu'au kinesthésique, à la parole qu'à l'articulation.

Il en est de même pour presque toutes les allusions que l'on rencontre dans les ouvrages des mystiques

chrétiens ; lors même que l'on y trouve des descriptions d'*hallucinations* verbales, il est très difficile de savoir au juste de quelle sorte d'*hallucinations* verbales il s'agit : auditives ou kinesthésiques. Cependant, en lisant avec soin les œuvres de Térèse de Ahumada, voici ce que l'on y peut trouver : elle avait des *hallucinations* verbales qui certainement étaient auditives ; d'autre part, elle connaissait le langage intérieur et craignait beaucoup qu'on le confondît avec lesdites *hallucinations*. Or, les différences qui, pour elle, séparent les deux phénomènes, sont bien de celles qui existent entre les phénomènes hallucinatoires et les phénomènes ordinaires de représentation, et uniquement de celles-là. Si elle avait opposé l'articulation intérieure à des *hallucinations* de l'ouïe, elle aurait certainement saisi entre les deux phénomènes d'autres différences que celles qu'elle indique ; elle ne voit entre les paroles surnaturelles qu'elle entendait et les discours que son esprit se tenait à lui-même que des différences dans l'extériorité, mais nullement dans la qualité des images.

Après elle, il n'est plus question de la parole intérieure proprement dite avant le milieu du XIX^e siècle. Nous verrons dans le prochain chapitre que Bonald, Maine de Biran, Cardailhac, Damiron, Prévost de Genève et d'autres encore qui ont écrit sur le langage intérieur, en ont méconnu la forme auditive. En 1845 cependant, Moreau (de Tours) écrivait : « Dans l'état normal, penser c'est parler intérieurement ; dans le cas où se trouve l'*halluciné*, c'est parler haut ; car l'âme ne peut alors parler sa pensée sans l'entendre, en vertu de l'état particulier où elle se trouve, état dans lequel toutes les créations de la faculté imaginative prennent nécessairement des formes sensibles..... Quand donc nous pensons, nous parlons mentalement. Nulle idée ne s'éveille en nous, si ce n'est par l'intermédiaire du signe écrit ou

sonore qui le représente. Que l'on s'étudie avec soin, et l'on reconnaîtra sans peine que, quand nous pensons, nous entendons en quelque sorte les sons des paroles ou des mots qui traduisent notre pensée; nous les entendons d'une certaine manière, en imagination, cela est vrai; mais on sent qu'il n'y a pas loin de là à la réalité!... » (*Du hachisch et de l'aliénation mentale*, p. 352.)

Ensuite, il n'est plus question de la parole intérieure jusque vers 1869; la découverte même de l'aphasie motrice par Broca ne paraît pas avoir attiré l'attention de ce côté. En 1871, Wernicke, puis, en 1876, Kussmaul découvrirent les aphasies sensorielles; à la suite de cette découverte, les physiologistes allemands, et Kussmaul en particulier, accordèrent une importance énorme à l'audition intérieure verbale, lui attribuant le rôle essentiel dans l'émission du langage. Cette conception, toutefois, mit un certain temps avant de se répandre dans le monde des psychologues.

En 1869, Bain avait avancé que, lisant ou réfléchissant, nous avons conscience à peu près uniquement d'une série d'articulations. Suivant Bain et son école, l'image du mouvement buccal, ou même une ébauche de mouvement laryngo-buccal réel, accompagnerait toujours la parole intérieure; bien plus, le langage intérieur lui-même serait essentiellement constitué par la succession des images de mouvement (Cf. Egger, 1881, p. 76). Bastian, à la même époque, soutenait la thèse diamétralement opposée; pour lui, dans la pensée qui se sert du langage, le souvenir auditif de la parole serait tout, la représentation des mouvements d'articulation rien. Il s'ensuivit une importante discussion fort bien résumée par M. Ribot dans la *Revue philosophique* d'octobre 1879 (pp. 380-383). Elle durait encore lorsque parut le célèbre livre de M. Egger sur la *Parole Intérieure* (1881).

M. Egger adopta l'opinion de Bastian : le langage intérieur est pour lui une succession de sons ; ce qu'il appelle « l'impression tactile » et que nous appellerions « image kinesthésique » ou « image musculaire » étant, pense-t-il, trop réduit pour être observable, sauf en certains cas exceptionnels. — Tel est du moins le fond de sa doctrine ; mais il règne en maint passage quelque incertitude. M. Egger, après avoir dit très nettement que le langage intérieur n'est rien autre qu'un phénomène auditif, vers le milieu du volume semble admettre que parfois il se présente différemment. Il suppose en tout cas qu'au début de l'humanité, le langage intérieur devait être « tactile » (au sens où il emploie ce mot, c'est-à-dire *kinesthésique*) ; en outre, il paraît considérer comme probable que l'évolution de l'individu reproduise à ce point de vue l'évolution de l'humanité, et que le langage intérieur de l'enfant soit surtout « tactile ». Des images « tactiles » diminueraient ensuite peu à peu jusqu'à devenir infinitésimales, sinon disparaître tout à fait ; car il en reste toujours quelque chose, et chez l'adulte, elles sont, non pas tant inexistantes, qu'inobservables ; et encore, admet-il qu'inobservables en détail et directement, elles sont capables de produire par leur nombre et leur continuité certains effets observables. Ces correctifs atténuent beaucoup la rigueur du jugement porté au début sur l'articulation intérieure.

A l'occasion de cet ouvrage, une controverse s'engagea entre M. Egger et M. Delbœuf ; celui-ci affirmait la prééminence de l'articulation intérieure : « M. Egger, » disait-il, s'imagine, quand il se parle à lui-même, » entendre des sons mais ne pas sentir de mouvements. » Quant à moi, je m'imagine tout juste le contraire, je » m'en aperçois surtout quand j'essaye de prononcer » en moi-même des syllabes étrangères pour lesquelles » ma langue est rétive. Je ne les entends mentalement

« que quand je suis parvenu à disposer mon larynx à
 « peu près convenablement. » (*Athenæum belge* du 1^{er}
 novembre 1882, p. 250, col. 2.) A l'inverse également
 de M. Egger, M. Stricker se rallia aux idées de Bain et
 soutint avec une extrême intransigeance que nous n'en-
 tendons pas notre pensée : « Lorsque je forme l'image
 « de la lettre P, dit-il, il se produit dans mes lèvres la
 « même sensation que si j'allais réellement l'articuler.
 « Si je pense la lettre R, j'éprouve à la base de la
 « langue la même sensation que si je voulais formelle-
 « ment émettre cette consonne. Cette sensation, selon
 « moi, constitue l'essence de l'image du son ». (*Revue
 philosophique*, 1884, p. 686.)

La conciliation des deux doctrines fut tentée par
 Charcot et ses élèves, mis sur la voie de ces études par
 celle des aphasies et particulièrement des aphasies
 sensorielles. Ils montrèrent que les partisans de la
 théorie auditive, tout comme ceux de la théorie muscu-
 laire, avaient en quelque sorte raison dans ce qu'ils affir-
 maient, et tort dans ce qu'ils niaient; que le langage
 intérieur existait sous trois formes principales : auditive,
 kinesthésique et visuelle. Selon les individus, chacune
 de ces formes est plus ou moins développée. Tandis que
 chez quelques-uns, comme M. Egger, l'articulation
 intérieure est si effacée que l'introspection n'en révèle
 pas l'existence, chez d'autres, au contraire, comme
 M. Stricker, c'est la parole intérieure qui semble manquer;
 enfin, il en est qui ne peuvent en aucune façon lire men-
 talement leur pensée.

II

La parole intérieure proprement dite accompagne
 souvent les autres formes du langage, les formes
 visuelles, la lecture et l'écriture. La lecture est une des
 circonstances les plus favorables pour l'observer; comme

dit Herzen, « un coup d'œil jeté sur un mot suffit pour que l'oreille reproduise subjectivement cette sensation qu'occasionnent les ondes sonores de la voix — chacun peut observer qu'en lisant des yeux on entend intérieurement le son des paroles que l'on voit. » Ce phénomène manque cependant chez certaines personnes, et plus d'un, en ce moment, lisant cette description, n'observe sur lui-même rien qui en confirme l'exactitude ; la même remarque s'applique d'ailleurs à tout ce qui suit, vrai pour un certain nombre de personnes, la majorité, si l'on veut, mais non pour toutes.

La parole intérieure accompagne souvent la perception auditive. Elle se manifeste surtout avec évidence lorsque l'on écoute une parole incorrecte ou hésitante : « Elle souffle... quand nous écoutons autrui, l'orateur intimidé ou balbutiant ; elle complète ses mots, s'il est édenté ou enroné ; elle corrige ses *lapses* s'il lui en échappe. » (Egger, 1881, p. 4.) « C'est en écoutant le discours d'un autre que notre capacité de parole intérieure s'éveille et s'excite, dit M. Caro, par une sorte d'émulation involontaire, soit pour abonder avec joie dans le sens de l'orateur, achever ses démonstrations, ajouter des expressions vives et fortes à celles qu'il trouve, compléter les moyens oratoires dont il dispose. » (*Revue bleue*, 22 juillet 1882, p. 107, col. 2.)

La parole intérieure se présente aussi parfois seule sans accompagner la perception : « Tantôt nous nous remémorons ainsi, dit M. Egger, ce que nous avons auparavant lu ou entendu, tantôt et le plus souvent notre pensée, futile ou profonde, est nouvelle, et le langage qui la suit fidèlement dans ses détours, est nouveau comme elle. Dans ce dernier cas nous remarquons, plus malaisément que dans le premier, la succession des sons intérieurs, car ils ne font qu'un pour nous avec la pensée qu'ils expriment. Et pourtant ils ne

cessent jamais de l'accompagner, relatifs avec elle à des objets visibles, si nous contemplons quelque chose, étrangers comme elle à tout ce qui nous environne, si nous sommes immobiles et plongés dans nos réflexions... Sans cesse nous pensons, et à mesure que se déroule notre pensée, nous la parlons en silence. Quelquefois cette parole intérieure qui accompagne toujours la réflexion solitaire se fait connaître à nous : c'est le soir, quand la lampe est éteinte, quand nous avons renoncé, pour un temps, à l'activité réflexive, à l'intelligence raisonnable... tourmentés par l'insomnie, nous ne pouvons *faire taire* notre pensée ; nous l'entendons alors, car elle a une voix, elle est accompagnée d'une parole intérieure vive comme elle et qui la suit dans ses évolutions ; non seulement nous l'entendons, mais nous l'écoutons, car elle est contraire à nos vœux, à notre décision, elle nous étonne, elle nous inquiète. » (Egger, *loc. cit.*, p. 4).

On peut s'étonner que M. Egger paraisse attribuer assez peu d'importance à la parole intérieure en tant que résurrection de discours perçus antérieurement : il n'en parle guère ; cependant sa fréquence est grande. M. G. Saint-Paul en rapporte d'excellents exemples, tels notamment que cette observation du docteur Marian : « La pensée des autres, ramenée dans mon esprit
« par un souvenir, ou traduite par une lecture, je n'en
« vois pas les mots, je les entends. J'entends la voix
« de ceux qui m'ont parlé, au souvenir des choses qu'ils
« m'ont dites. Leurs intonations, leurs inflexions froides
« ou émues, affectueuses ou sévères, traduisent de nou-
« veau à ma mémoire les états d'âme qu'elles m'ont
« antérieurement exprimés. Si je songe à une personne
« amie, comme je ne puis mettre sa figure devant mes
« yeux, c'est sa conversation que j'évoque, c'est le
« timbre sympathique de sa voix, aussi distinctement

« entendue qu'au jour de la conversation qui fait mon « souvenir précis et intense » (*Loc. cit.*, 1892, p. 55.) Sur moi-même, j'observe journellement cette réapparition identique, cette résurrection de ce qui m'a été dit ; spontanée ou voulue, elle est également remarquable et c'est elle qui certainement a jadis attiré pour la première fois mon attention sur la parole intérieure.

Chez certaines personnes, l'élocution est accompagnée par l'audition d'une voix intérieure leur disant en quelque sorte ce qu'elles vont dire. Si l'articulation est lente, pénible, interrompue par des pauses, la parole intérieure la précède de beaucoup, et s'entend surtout dans les pauses : « Quand, dit M. Egger (1881, p. 4), nous parlons à haute voix, la parole intérieure n'est pas pour cela absente ; elle ne se tait qu'à demi et par intervalle ; quand nous reprenons haleine, quand nous marquons par de courts silences les points et les virgules de nos phrases, nous l'entendons : elle nous rappelle la trame de notre discours, elle nous dicte les mots qui vont suivre. » M. Egger paraît admettre que si l'élocution est facile, la parole intérieure passe inaperçue ; tel n'était pas l'avis de Caro : « Bien que, dit-il (*loc. cit.*, 1882, p. 10, col. 2), cela puisse sembler paradoxal à ceux qui n'ont pas l'habitude de parler en public, ce n'est pas seulement dans les courts silences, dans les rapides intervalles de la ponctuation des phrases, que l'orateur parle tout bas ce qu'il pense par anticipation et ce qu'il va dire, c'est même pendant qu'il parle tout haut. Il y a là quelque chose de bizarre : l'orateur préparant par une action continue la suite de son discours, tandis qu'il a l'air tout entier à l'effort de son discours présent. Deux paroles et deux discours simultanément, c'est là un des secrets de l'improvisateur : la pensée pourvoyant à la fois à deux œuvres et accomplissant deux tâches... l'une au moyen du dis-

cours ordinaire, et l'autre au moyen de la parole intérieure. » Une dictée intérieure, tout à fait analogue et plus facile à observer, se produit d'ailleurs lorsque nous écrivons : « La parole dicte, la main obéit. » (Egger, *loc. cit.*, 1881, p. 2.)

La parole intérieure est-elle constante, continue? Cette question peut paraître étrange à nombre de personnes : elles se refuseront sans hésitation à admettre la présence constante d'une voix parlant en elles et récitant leur pensée. « Pour ralentir, dit cependant M. Egger (1882, p. 5), le cours de la parole intérieure et « briser sa continuité, il faut notre propre parole ; pour « la suspendre tout à fait durant un temps notable, « il faut la parole d'autrui. Hors de ces deux cas, la « parole intérieure est constante ; nous ne pensons pas, « et par suite nous ne vivons pas sans elle. Elle occupe « tous les vides laissés par la parole extérieure dans la « succession psychique... L'âme n'est jamais sans enten- « dre un son ; lorsque le son n'est pas extérieur et réel, « il est remplacé par une image qui lui ressemble. » Ce passage prouve surtout que M. Egger est remarquablement doué sous le rapport de l'audition intérieure : peu de personnes le sont à ce point ; l'opinion générale est que la parole intérieure n'est pas constante, et cette opinion est plus que vraisemblable. D'une part, en effet, la parole intérieure ne constitue pas à elle seule tout le langage intérieur. Chez quelques personnes elle est tellement réduite qu'elle est à peu près inobservable, et en tous cas, chez toutes ou presque toutes il existe à côté d'elle d'autres formes, bâties d'ailleurs sur le même plan, et rendant les mêmes services : même chez les mieux douées au point de vue de la parole intérieure, celle-ci doit de temps en temps céder le pas à quelque-une de ces autres formes. D'autre part, le langage intérieur lui-même pris dans son ensemble et sous toutes

ses formes, est certainement une fonction intermittente.

La parole intérieure est plus rapide que la parole extérieure, même toutes choses étant égales, c'est-à-dire lorsqu'elle emploie autant de mots. Il est manifeste qu'elle est très rapide lorsqu'elle récite des souvenirs et débite d'abondance des rêveries ou des réflexions faciles. Lorsque nous inventons avec peine, lorsque nous réfléchissons en concentrant fortement notre attention, il semblerait qu'elle soit plus lente, mais à mon avis il n'en est rien ; ce qui se développe lentement alors ce sont les résultats de ce travail intellectuel, les phrases intérieures définitives, les conclusions ; avant l'apparition de ces résultats tardifs, nous recommençons plusieurs fois les mêmes phrases et les mêmes raisonnements, formés très probablement de successions verbales extrêmement rapides oubliées d'ordinaire tout de suite après.

La principale raison de cette rapidité de la parole intérieure est qu'elle ne s'accompagne pas de mouvements d'articulation ; elle est, à un certain point de vue, un acte incomplet, naturellement moins long que l'acte complet, la traduction de la parole intérieure en mouvements demandant forcément un temps appréciable. En outre, ces mouvements mêmes ne peuvent se produire avec une rapidité indéfinie : il y a nécessité absolue de reprendre haleine de temps en temps et nous ne pouvons pas émettre de sons pendant l'inspiration.

III

Les caractères de la voix intérieure sont en général ceux de la parole entendue véritable, moins l'extériorité. La voix intérieure a presque toujours un timbre plus ou moins net, c'est même un des caractères essen-

tiels qui permettent de ne la confondre avec aucune autre forme de langage intérieur.

Ce timbre est souvent celui de la voix même du sujet, de sa voix véritable *extérieure* : « Ma parole intérieure, » dit M. Egger, est l'imitation de *ma voix*... la parole « intérieure est comme une parole, et ma parole intérieure est comme ma parole (p. 67). » Cette particularité n'est pas absolument constante, et, notamment, lorsque l'audition intérieure reproduit des paroles entendues, le timbre qu'elle prend est assez variable. Lorsque je lis ou que je me souviens de paroles entendues, j'entends nettement en moi les mots et les phrases, le timbre variant suivant le timbre que j'ai l'habitude de prêter à l'auteur. M. Ballet dit, à peu près, de même : « Quand « j'analyse les caractères de l'image auditive qu'éveille « lent, chez moi, ces mots : « L'Empire, c'est la paix », « j'entends les mots comme si ma propre voix les prononçait. C'est que je n'ai jamais entendu la voix de « Napoléon et ne me suis pas habitué à prêter à ce « dernier une voix de convention. Il peut en être autrement pour la parole d'orateurs que nous n'avons « jamais ouïs, mais auxquels nous sommes accoutumés « à supposer un timbre de voix spécial. Quand je réfléchis à cette phrase : « La République sera conservatrice ou elle ne sera pas », j'entends un murmure « qui n'a plus les caractères de ma propre voix, mais « ceux de la parole imaginaire que j'ai pris l'habitude « d'attribuer à M. Thiers. » (*Le langage intérieur*, 1886, p. 29). C'est très probablement ainsi que les choses se passent le plus souvent.

Il semble cependant que l'existence d'un timbre ne soit pas un caractère absolument constant : « Quand je « pense à des mots, dit M. Paulhan (*Revue philos.*, janvier 1886, p. 32), quand je réfléchis par exemple, à « un travail que je veux faire, les phrases arrivant à

« ma conscience sont reconnues et classées surtout et
« quelquefois exclusivement comme des images audi-
« tives, bien que l'élément moteur n'y soit pas, je crois,
« souvent étranger. Ces images auditives ne ressem-
« blent pas tout à fait à celles que décrit M. Egger.
« Les images auditives sont généralement chez moi
« très faibles, sans couleur, sans timbre, ou avec un
« timbre très faible, abstraites pour ainsi dire. »

Je ne suis pas sûr que dans les cas de ce genre, il n'y ait réellement aucune espèce de timbre. Personnellement j'ai longtemps cru, comme M. Paulhan, que ma parole intérieure en était fréquemment dépourvue; plus tard je me suis rendu compte qu'elle en avait un très réel, identique à celui de ma voix véritable; à cause de cette identité précisément, j'étais resté longtemps sans l'apercevoir.

On peut supposer aussi que ces images sont mixtes et non purement auditives, que ce sont des complexes auditivo-kinesthésiques, dans lesquels disparaissent les caractères les plus saillants propres à chacune des deux catégories d'images. Enfin, dernière hypothèse : je ne vois pas de raison *a priori* pour que, dans certains cas, des images auditives ne puissent se présenter sans timbre, tout comme il y a des images visuelles sans couleur. Cela paraît être d'ailleurs l'opinion de M. Paulhan.

Quelle que soit celle de ces trois interprétations que l'on adopte, on peut se demander à quoi l'on reconnaîtra dans un cas comme celui de M. Paulhan, que l'on a affaire à des images auditives. M. Paulhan dit que l'on a pour se guider le témoignage même du sujet, « témoignage... du sens intime qui fait classer ces phénomènes parmi les images auditives ». Peut-être a-t-il raison (quoique l'argument, ainsi qu'il le reconnaît lui-même, ne soit pas sans réplique), lorsqu'il s'agit de lui,

philosophe, ayant l'habitude de l'introspection; mais on aurait tort de faire fond sur des affirmations de ce genre non basées sur des raisons, lorsqu'il s'agit d'un sujet vulgaire.

Le deuxième élément de diagnostic, proposé par M. Paulhan, est plus précis : « J'ai, dit-il (*Loc. cit.*, p. 33), des « preuves indirectes que c'est bien une image auditive « vague qui s'élève en moi quand je me représente sans « grande attention un mot ou une phrase, c'est que si « je fixe mon attention sur le mot ou si je me trouve « dans des circonstances particulières, même l'image « sonore s'accroît davantage et se rapproche de plus « en plus de la parole extérieure sans changer précisé- « ment de nature. D'autres qualités viennent se joindre « à celles qui existaient déjà, et celles qui existaient « déjà s'accroissent davantage, mais elles ne disparaissent pas, et puisque ma représentation en se complétant devient un phénomène auditif concret, c'est « donc qu'elle était un abstrait de l'image auditive. » (p. 33.) Cet argument, bien meilleur que le précédent, n'est pas tout à fait sans réplique, car l'on pourrait soutenir que ce que M. Paulhan considère comme une sorte de renforcement de l'image, est en réalité une transformation.

Le troisième élément de diagnostic, le meilleur de tous quand il existe, c'est la localisation de la voix entendue.

Pour ce qui est de l'audition réelle, il résulte des expériences de Tarkanoff (*Congrès intern. de Psychol.*, 1900, p. 549-551) qu'un son est toujours localisé du côté de l'oreille qui l'entend le mieux. Lorsque les perceptions de l'une et l'autre oreille sont identiques, la localisation résulte d'un jugement inconscient; tel est le cas notamment dans l'expérience suivante : Tarkanoff s'est servi dans cette expérience de

deux téléphones très sensibles donnant sous les mêmes conditions des sons identiques. Ces téléphones convenablement réglés étaient introduits dans le circuit de la bobine secondaire d'un appareil d'induction. Voici ce que l'auteur a observé : « 1° Si l'on approche les deux téléphones vers les deux oreilles et si on les arrête à différentes distances de ces dernières, on entend toujours le son uniquement du côté où le téléphone est le plus près de l'oreille ; 2° si pendant ce temps on commence à rapprocher de l'oreille l'autre téléphone qui a été le plus éloigné, on remarque que le son se déplace peu à peu dans la direction du milieu du crâne et une fois que les deux téléphones se trouvent à la même distance des deux oreilles et sur la même ligne horizontale, qui passe par les orifices des oreilles, le son se localise dans le plan médian du crâne à une certaine profondeur de sa surface et plus ou moins en avant ou en arrière. » Tarkanoff admet que cette localisation médiane de l'image sonore est le résultat d'un jugement inconscient : « Puisque, dit-il, nous sommes habitués à objectiver (il veut dire localiser) les sons à l'extérieur, grâce à l'inégalité de leur action sur les deux oreilles, il s'ensuit que chaque fois que les deux oreilles sont affectées dans des conditions particulières d'une manière identique, nous concluons que la source des sons ne peut pas se trouver à l'extérieur, mais quelque part à l'intérieur de nous et précisément au milieu de la tête. Ce qui prouve l'efficacité de cette explication, c'est que le temps de réaction pour la perception de l'image subjective intra-cranienne dépasse celui de la perception des mêmes sons ordinaires objectifs de 0,02 à 0,04 de seconde ; ce serait le temps nécessaire pour faire le jugement inconscient (*Loc. cit.*, p. 550). »

Il n'y a donc rien d'extraordinaire à ce que, pour des

raisons analogues, la parole intérieure ne pouvant être localisée faute de motifs suffisants ni à droite, ni à gauche, soit ordinairement localisée dans le crâne. Je dis ordinairement, car il y a parfois des raisons pour que le jugement de localisation soit différent, pour que la parole intérieure soit localisée au dehors, par exemple lorsqu'elle a très nettement le timbre d'une voix étrangère à la nôtre. Quelquefois dans ce cas elle est localisée près des oreilles.

Quoi qu'il en soit, toutes les fois que la parole intérieure sera localisée, il sera impossible de la confondre avec l'articulation intérieure qui, ainsi que nous le verrons, présente des localisations toutes différentes. Mais il arrive parfois qu'elle n'est pas localisée, particulièrement dans les cas où elle est peu accentuée et où manquent précisément les autres éléments de diagnostic. Il est prudent alors de ne rien affirmer.

IV

On est en somme en droit d'admettre que les groupes auditifs d'images verbales sont par eux-mêmes suffisamment liés aux idées et, d'une façon générale, aux phénomènes psychologiques complexes constituant l'intelligence du langage pour pouvoir les rappeler sans intervention ni secours d'autres images verbales ; en outre, ces groupes s'enchaînent en successions bien coordonnées imitant plus ou moins exactement la parole proprement dite ; elles constituent donc véritablement à elles seules un langage intérieur.

D'autre part, on peut se demander si ces représentations auditives sont indispensables à toute espèce de langage intérieur ; à cette question je crois que l'on peut dès à présent répondre comme M. Paulhan (*Loc. cit.*, 1886, p. 41), qu'il est difficile d'admettre la néces-

sité absolue de l'imagination auditive pour la formation d'un langage intérieur, puisque les sourds-muets arrivent à s'en créer un exclusivement à l'aide d'images tout autres.

Quoi qu'il en soit, la parole intérieure est certainement une des formes les plus importantes du langage intérieur. « Il n'est, dit M. Ballet, parlant des représentations auditives, personne, croyons-nous (sauf le sourd de naissance), qui en soit complètement dépourvu. Ce sont elles qui remplissent le plus habituellement dans l'exercice des fonctions cérébrales, le rôle de substituts de l'idée. Nous avons tous à notre disposition un certain nombre d'images auditives des mots, dont nous faisons un emploi courant. Nous verrons plus loin que, dans des cas exceptionnels, ces images auditives sont reléguées pour ainsi dire à l'arrière-plan, les représentations visuelles ou motrices acquérant chez quelques personnes, par suite des dispositions héréditaires et peut-être aussi du genre d'éducation, une prépondérance marquée. Mais chez le plus grand nombre d'entre nous, au contraire, ce sont les images auditives qui sont prédominantes. Chez quelques personnes même (Bonald, de Cardaillac, M. V. Egger en sont la preuve) les représentations auditives des mots effacent en quelque sorte toutes les autres. Les gens ainsi doués ne font pas usage ou ne font qu'un usage fort restreint des images visuelles et motrices de mots. »

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE

DU

DÉLIRE DE LA CONVALESCENCE

DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Par le Dr C. ROUGÉ

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Limoux,
Lauréat de l'Académie de médecine.

Suite et fin (1).

DU RÔLE DE LA MALADIE AIGUE ET DE L'HÉRÉDITÉ
SUR LA PRODUCTION DU DÉLIRE DE LA CONVALESCENCE
DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Je n'ai trouvé aucune indication à ce sujet dans les auteurs classiques parus en France jusqu'à celui de M. G. Ballet. J'en excepte celui de Morel, où il est dit que « la nature du délire systématique arrivant pendant la convalescence de la fièvre typhoïde est toujours en rapport avec certaines dispositions malades spéciales de l'organisme », ce qui me semble vouloir dire que la fièvre typhoïde n'agit, dans ces cas, que comme cause occasionnelle. Pour Guislain, l'hérédité est la cause habituelle des vésanies considérées comme conséquence de la fièvre typhoïde. Toutefois, il a pu voir de nombreux cas de maladies fébriles graves, de fièvres ataxiques, de typhus, terminés par une maladie mentale en dehors de toute prédisposition du sujet.

(1) Voir les *Annales* de janvier-février et mars-avril 1905.

Chéron admet que la fièvre typhoïde produit à elle seule le délire lorsque le malade n'a qu'une idée délirante fixe. Elle ne serait qu'une cause occasionnelle dans les cas de manie, de mélancolie, de démence. Il faut alors rechercher avec soin l'existence d'une cause prédisposante telle que la dépression morale, les excès vénériens, l'alcool et surtout l'hérédité.

D'après Maurice Raynaud, la fièvre typhoïde ne peut déterminer l'éclosion de la folie que lorsque les malades ont dans leurs antécédents héréditaires des cas d'aliénation mentale.

Bucquoy et Hanot sont beaucoup moins exclusifs. Ils admettent bien l'influence de prédispositions latentes. « Toutefois, ajoutent-ils, il convient de ne pas abuser de la prédisposition, de l'idiosyncrasie. Il ne faut pas oublier, en effet, que la maladie peut être la cause nettement déterminante d'une diathèse qui se crée ainsi de toutes pièces pendant son cours, de telle sorte qu'un individu, absolument indemne jusque-là, présentera, pendant la maladie et aussi plus tard, à des intervalles variables, des accidents cérébraux découlant de la même origine. »

Pour Kraepelin, c'est l'asthénie survenant chez les individus prédisposés, exagérant leur côté faible et produisant des troubles profonds, voire irréparables, de la nutrition du système nerveux, qui détermine les psychoses de la convalescence. Il est vrai que Kraepelin nous paraît élargir outre mesure le cadre de la prédisposition (hérédité, tempérament nerveux, anémie préalable, émotions violentes antérieures, sexe masculin, âge inférieur à trente ans).

M. Marandon de Montyel émet à peu de chose près l'opinion exprimée par Chéron. Il accuse le poison typhique de produire, seulement, les délires de convalescence légers, ceux qui guérissent, tandis que, pour lui,

les typhiques qui restent sous le coup de la folie après la disparition complète de la dothiéntérie et de l'anémie consécutive sont, presque tous, des prédisposés vésaniques.

M. Pagliano se rallie à l'opinion de MM. Bucquoy et Hanot. Au Congrès de médecine mentale tenu à Lyon (1891), M. le professeur Joffroy a lu un mémoire dont la conclusion est que la fièvre typhoïde ne crée pas la folie et n'est qu'une cause déterminante.

Le travail le plus important sur cette question d'étiologie est la thèse de M. Glover (1), ancien interne des asiles de la Seine, qui y développe les idées de M. Joffroy sur la question.

Cette thèse n'est qu'un long plaidoyer en faveur de cette opinion, que l'hérédité est la seule cause efficiente de la folie de la convalescence de la fièvre typhoïde. La maladie aiguë ne serait qu'une cause occasionnelle, tandis que ce serait la prédisposition vésanique qui jouerait le rôle principal dans la production de ces troubles mentaux. « Il faut admettre, dit-il, que cette « maladie aiguë est intervenue comme occasion acci-
« dentelle d'une folie qui aurait éclaté tôt ou tard à
« propos d'une autre occasion ou même sans cause
« apparente et par l'évolution naturelle et spontanée
« du processus morbide dans un cerveau pathologique. »

Pour cet auteur, que je crois devoir citer encore textuellement : « Tous les malades sains au point de vue
« cérébral guérissent immédiatement, les individus
« faiblement disposés guérissent après des accidents de
« convalescence plus ou moins longs. Seul, l'hérédi-
« taire ne guérit pas. » Cette dernière affirmation est bien grave au point de vue du pronostic. Elle peut induire le médecin en erreur et le pousser à porter sur

(1) Glover. La folie et la fièvre typhoïde. (*Thèse*, Paris, 1891.)

la terminaison de la maladie mentale un jugement que les événements démentiront plus tard. Tous les vieux praticiens connaissent pour l'avoir appris, parfois à leurs dépens, l'importance d'un bon pronostic, souvent plus grande au point de vue professionnel (au moins dans une certaine classe de la société) que celle d'un bon diagnostic.

S'il en était comme le prétend M. Glover, il n'y aurait pas lieu de se préoccuper de l'avenir d'un typhoïdique sans hérédité mentale, qui, pendant la convalescence de sa fièvre typhoïde, deviendrait maniaque, mélancolique ou dément; car, par cela seul qu'il n'aurait pas la tare héréditaire, on pourrait promettre la guérison de la maladie mentale. J'estime qu'en agissant ainsi on risquerait fort de s'exposer à de cruelles déceptions. Je le prouverai bientôt par l'étude des faits.

En somme, jusqu'à ces derniers temps, il était à peu près généralement admis que, dans la convalescence de la fièvre typhoïde, la folie ne pouvait se développer que sous l'influence d'une prédisposition vésanique consistant presque exclusivement dans le vice héréditaire.

Quant à moi, je me garderai, certes, de nier l'influence de l'hérédité et d'autres facteurs tels que l'hystérie (rare) et l'alcool (encore plus rare) sur le développement de la folie de la convalescence. Je suis convaincu que chez le prédisposé vésanique, le délire survient plus tôt que chez un individu non prédisposé, qu'il se systématise plus facilement et prend, plus facilement que chez tout autre, la forme d'aliénation mentale. Je veux prouver, seulement, qu'on a beaucoup exagéré le rôle de l'hérédité, que la maladie aiguë peut, à elle seule, créer la folie et, même, que c'est elle qui agit dans le plus grand nombre de cas.

Déjà, en 1892, dans un travail couronné par l'Académie de médecine, j'avais émis la même opinion, ainsi

que le constate le rapport de M. Cadet de Gassicourt (1).
« Je désire encore, dit-il, mettre en relief une affirmation de l'auteur qui est en opposition avec la manière de voir d'un grand nombre de médecins, mais que partagent MM. Bucquoy et Hanot et qui est celle-ci : dans les délires de la convalescence, la prédisposition héréditaire ou acquise joue un rôle secondaire, c'est l'intensité du poison typhique qui en est le principal facteur. Les faits que j'ai observés, particulièrement chez les enfants, donnent pleinement raison, selon moi, à notre confrère. » J'avais produit, alors, cinquante-cinq observations. Aujourd'hui, avec quatre-vingt-neuf observations, j'arrive aux mêmes résultats.

Depuis cette époque (1892) les idées ont bien changé et ce changement est dû, non pas à des statistiques nouvelles, mais à l'influence des théories nouvelles sur le rôle des infections et des intoxications sur le système nerveux et au mémoire de M. Chaslin sur la confusion mentale. On a alors admis que les affections mentales qui se manifestent pendant la convalescence des maladies aiguës infectieuses se distinguent des psychonévroses par leur origine, la prédisposition étant tout dans celles-ci et l'infection tout dans celles-là.

Cette opinion était évidemment trop exclusive. Voici celle de M. G. Ballet (2) à propos de la confusion mentale considérée comme le fond commun de toutes les formes mentales qui nous occupent : « La prédisposition héréditaire joue ici un rôle beaucoup plus effacé que dans la genèse des autres maladies mentales. »

M. Anglade (3) s'exprime ainsi sur le même sujet : « En somme, le terrain sur lequel évolue la confusion

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.* Séance du 5 septembre 1893.

(2) Art. « Psychoses », p. 1104 du *Traité de méd.* Charcot et Bouchard, 1894.

(3) *Traité de path. ment.* de G. Ballet, p. 359.

« mentale ne diffère de celui des psychonévroses que
« par la part plus restreinte qui revient à l'hérédité. »
C'est aussi cette opinion qui se dégage des recherches
que j'ai entreprises sur la part respective qui revient à
l'hérédité et à la maladie dans l'éclosion de la folie de
la convalescence de la fièvre typhoïde. La méthode nu-
mérique, que j'ai utilisée à cet effet, a certainement bien
des défauts ; mais, faite dans certaines conditions d'im-
partialité, sans idée préconçue, ni opinions à défendre,
en comparant des faits de même nature, avec la même
rigueur et la même exactitude, on doit arriver à des
résultats qui peuvent contrarier les idées régnantes, les
théories en vogue, mais qui, plus tard, sont reconnus
exacts. En tout cas, elle supprime les écarts de l'imagi-
nation. Mais avant tout, il faut s'entendre sur la signi-
fication des mots employés, faute de quoi les conclusions
que l'on tire d'observations disparates, non comparables,
n'ont aucune valeur.

J'ai fait une allusion à ce sujet au début de ce tra-
vail et l'occasion se présente d'y revenir. J'ai dit plus
haut que pour M. Glover et pour son maître, M. le pro-
fesseur Joffroy, l'hérédité est la seule cause de la folie
de la convalescence de la fièvre typhoïde. Cette opinion
peut être juste s'il s'agit des cas de folie qui se mani-
festent sous l'influence de la fièvre typhoïde seulement,
plus ou moins longtemps après que tout est rentré dans
l'ordre (D. postyphiques médiats de M. Marandon) ;
mais elle ne l'est certainement pas pour les délires de
la convalescence, ni pour les délires postyphiques im-
médiats qui ne sont que des délires de la convalescence
passés à l'état chronique. Or, M. Glover, comme la
plupart des auteurs, n'a pas fait cette distinction qui a
un caractère essentiellement pratique. Ainsi les deux
observations qu'il a empruntées à M. le professeur
Joffroy (obs. 2^e et 3^e de sa thèse) ne sont pas des dé-

lires de la convalescence : la première est un cas de délire survenu pendant la période fébrile chez une hystérique (D. prétyphique) ; la deuxième, un cas de délire posttyphique médiat.

J'arrive maintenant à l'exposé de mes recherches. Pour cela je conserverai la division de toutes mes observations en deux groupes. Le premier comprend les conceptions délirantes sur un sujet unique, soit 26 cas, tous de courte durée (de 2 à 15 jours), succédant, presque tous, à des fièvres typhoïdes légères. Les antécédents héréditaires n'ont été notés dans aucun de ces cas ; il n'en a été question que pour constater leur absence dans les obs. XVII, LIX, LX, LXII, LXV, LXVI. Dans un seul cas, je trouve la mention (père ivrogne) mais la fièvre typhoïde avait duré six semaines. Je crois pouvoir conclure que dans la très grande généralité de ces cas, la maladie aiguë est la seule cause du délire. C'est d'ailleurs l'opinion des rares auteurs qui ont traité cette question, sans toutefois donner des preuves à l'appui.

Le deuxième groupe comprend 63 cas. Voici ce que la lecture de ces 63 observations m'a appris sur le sujet qui m'occupe.

Manie aiguë. 13 cas dont 10 sans renseignements sur les antécédents. Quant aux 3 autres : le D^r Christian ne sait rien sur les antécédents héréditaires du sujet de l'obs. XXXI, quoiqu'il ait soigné cet enfant dans sa famille pour la fièvre typhoïde et pour plusieurs autres maladies (pneumonie, abcès froids multiples, ophtalmie purulente). M. Marandon de Montyel n'a pas mentionné les antécédents héréditaires du sujet de l'obs. LIII quoiqu'il connût le malade ainsi que sa famille. Il y a donc probabilité d'absence d'antécédents héréditaires chez ces deux malades, tandis que la prédisposition héréditaire est probable chez le sujet de l'obs. XXXII : pendant son séjour à l'asile un de ses frères tenta de se suicider.

Lypémanie, 5 cas. — L'hérédité est notée 1 fois (obs. LXXV); son absence, 1 fois aussi. Max Simon, qui a soigné la malade qui fait l'objet de l'obs. XXI, pendant la fièvre typhoïde, n'a pas noté les antécédents héréditaires. Pas de renseignements pour les deux autres cas.

Confusion mentale, 18 cas. — L'hérédité est notée, 1 fois (obs. LXXIV); son absence, 4 fois (obs. XXII, XXIII, XXIV et LVII). Les autres cas, sans renseignements.

Troubles de la mémoire, 8 cas. — L'hérédité est notée 1 fois (obs. LXXVII); l'hystérie, 1 fois (obs. XLIV); rien de noté pour les autres cas.

Hallucinations, 11 cas. — L'hérédité n'est notée dans aucun cas; son absence a été notée dans 4 cas (observations XXVIII, LXII, LXXXII, LXXXIII); pas d'autres renseignements.

Délires polymorphes, 6 cas. — L'hérédité est notée 3 fois (obs. XXVII et LXXII); son absence, 4 fois (obs. XXXIII, LVI, LXV et LXXIII);

Paralysie générale, 1 cas sans renseignements.

Folie du doute, 1 cas, père alcoolique.

En résumant ces constatations, nous trouvons, d'une part : hérédité, 4 ; hystérie, 1 ; père alcoolique, 1 ; probabilité d'antécédents héréditaires, 1 ; total, 7. D'autre part : absence d'antécédents héréditaires, 13 ; probabilité d'absence d'antécédents héréditaires, 3 ; total 16 ; soit plus du double de cas dans la seconde catégorie.

Une autre statistique confirmera la précédente. Sur ces 63 cas, la gravité de la fièvre typhoïde est notée 30 fois ainsi qu'il suit : légère, 1 — moyenne, 7 — grave, 11 — très grave, 11. Cette dernière statistique semble bien prouver, à elle seule, par le grand nombre des cas graves, que l'intensité de la maladie aiguë doit

avoir une grande influence sur la genèse de la folie de la convalescence.

D'après M. Glover (*loc. cit.*, p. 44), ce n'est que dans les observations assez récentes d'aliénation mentale ou de neurologie que l'hérédité est méticuleusement recherchée et enregistrée, tandis que dans les autres observations, et ce sont celles que l'on rencontre communément, surtout dans les anciens auteurs, l'hérédité n'est pas consignée par oubli ou faute de renseignements ; et il ajoute : « Doit-on rejeter ces observations parce que l'hérédité n'est pas notée ? A notre avis, car étant données la forme et la persistance des accidents cérébraux, nous soupçonnons en toute conscience qu'ils n'ont pu exister à un tel degré sans l'existence d'une prédisposition vésanique. »

J'avoue ne pas partager ces *soupçons*. Si l'hérédité n'est pas consignée, c'est qu'il est très difficile pour le médecin d'asile d'avoir ces renseignements ; d'autres fois, l'observation n'étant faite que pour prouver un fait mis en avant, l'auteur ne n'est pas astreint à la compléter, laissant ainsi de côté la question de l'hérédité. En tout cas, il ne pouvait y avoir oubli de la part de ces anciens auteurs ». Ici, en effet, nous n'avons pas à remonter bien haut dans l'histoire. Ces anciens auteurs ne sont autres, pour la plupart, que les successeurs immédiats d'Esquirol, presque tous ses élèves et aliénistes distingués, imprégnés des idées du maître, au traité duquel il a été ajouté bien peu de chose relativement à l'influence de l'hérédité dans les maladies mentales.

Pour ma part, je me garderai de faire des suppositions et m'en tiendrai, jusqu'à plus ample informé, aux chiffres que je viens de donner et qui indiquent que le nombre de cas où l'absence d'hérédité a été constatée est un peu plus du double de ceux où elle a été constatée.

Et ce résultat s'explique facilement si l'on compare l'extrême fréquence des cas de fièvre typhoïde avec la rareté relative des prédisposés par hérédité mentale.

L'influence du vice héréditaire n'est pas contestable quand il existe ; mais il doit être bien entendu que cette condition est loin d'être indispensable pour faire éclater la folie durant la convalescence de la fièvre typhoïde.

M. Glover affirme que tous les malades sains au point de vue cérébral guérissent, que, seul, l'héréditaire ne guérit point. Je m'élève fortement contre la première proposition. Nous avons vu, en effet, que sur les 63 malades du second groupe, il en est 10 chez qui la maladie mentale est passée à l'état chronique. Examinant attentivement ces 10 observations, nous en trouvons 2 seulement dans lesquelles il est fait mention des antécédents héréditaires (obs. XXVII et LXXVII), 4 où il était reconnu que ces antécédents faisaient défaut (obs. XXVIII, XXXIII, LVI et LXXIII) ; sur les 4 cas restants, il en est 3 chez lesquels, selon toute probabilité, la prédisposition héréditaire n'existait pas (obs. XXV, LIII et LXXI). Renaudin et Sauvet, très bien renseignés par les parents sur les antécédents personnels de la jeune malade qui a fait l'objet de l'obs. XV, ne parlent pas qu'elle eût des antécédents héréditaires au point de vue mental. Morel est muet sur les antécédents héréditaires de sa malade (obs. LXXI). La famille de la jeune malade de l'obs. LIII, était connue de M. Marandon de Montyel qui ne mentionne pas les antécédents héréditaires. Voici cette courte observation qui fait honneur au caractère de son auteur :
« Je me souviendrai toujours, dit-il, d'une cruelle
« déception que j'ai infligée à une honorable famille de
« Montauban. J'étais interne alors et, peu riche d'expé-
« rience, j'avais confiance dans les opinions en hon-
« neur. Je promis le prompt rétablissement d'une fille

« unique de vingt ans devenue maniaque à la suite
« d'une fièvre typhoïde grave, qui avait été accompa-
« gnée de délire pendant une période d'état et qu'un
« vieux médecin avait traitée par les anciennes mé-
« thodes; mon pronostic fut cruellement infirmé par
« par les faits, la manie passa à l'état chronique et
« l'incurabilité devint absolue. »

Ce cas malheureux prouve combien il faut être prudent et réservé en pareille circonstance; il fera peut-être apprécier l'utilité de cette longue discussion qui a pour but d'éviter les erreurs de pronostic. Les chiffres cités plus haut démontrent bien, — contrairement à l'assertion de M. Glover, — que beaucoup de typhoïdiques, atteints de folie dans leur convalescence, peuvent guérir de cet accès de folie, quoique héréditaires, tandis que beaucoup d'autres peuvent ne pas guérir de cette affection mentale, quoique étant indemnes de toute prédisposition vésanique héréditaire ou acquise. Il nous paraît évident que dans ces cas c'est la gravité de la dothiéntérie qui doit être incriminée.

En effet, dans huit de ces dix cas, la fièvre typhoïde est notée quatre fois comme « grave » et quatre fois comme « très grave ». Pas de renseignements sur les deux autres cas. Il faut se méfier surtout des cas où il y a prédominance des phénomènes cérébraux durant la période fébrile.

Il serait intéressant de savoir ce que deviennent plus tard les malades guéris, jusqu'à quel point cette crise les dispose à de nouveaux accès de folie. Le seul document que je connaisse à ce sujet est la très intéressante observation de M. Glover (la première de sa thèse), relative à une femme ayant de l'hérédité mentale ascendante, collatérale et descendante, qui, à l'âge de vingt ans, eut une fièvre typhoïde très grave, accompagnée de délire mélancolique qui ne guérit qu'au bout

de six mois, mais qui a reparu sous la même forme à toutes les époques de la vie où elle éprouva de grandes secousses physiques et morales. La dernière crise, dont elle a encore guéri, s'est déclarée à l'âge de soixante et onze ans.

Cette observation, que j'ai déjà rapportée (Observation LXXV), tend à faire craindre les rechutes chez les malades porteurs de la tare héréditaire.

PRONOSTIC

Les considérations qui précèdent nous amènent à émettre quelques indications sur le pronostic de la folie de la convalescence dans la fièvre typhoïde.

Nous éliminerons les cas du premier groupe, idées fixes, conceptions délirantes sur un objet unique, de nature variable ou ambitieux. Ils guérissent toujours et n'ont généralement qu'une courte durée.

Il ne sera question, dans ce qui va suivre, que des cas du deuxième groupe, c'est-à-dire de ceux qui revêtent les formes habituelles de l'aliénation mentale. Le pronostic n'est pas toujours aussi bénin qu'on le croyait autrefois ; mais il est incontestable que la guérison est la terminaison de beaucoup la plus fréquente. Kraepelin donne 71,8 p. 100 de guérisons (1). Mes observations, prises en bloc, donnent 88,76 p. 100 ; celles du deuxième groupe, prises isolément, 84,12 p. 100 de guérisons.

On pourrait croire, *a priori*, que le délire de la période d'état qui se prolonge pendant la convalescence comportait un pronostic plus grave que celui qui éclate pendant la convalescence, par la raison qu'il dure plus longtemps et qu'il s'incorpore, pour ainsi dire, à l'apyrexie. Cependant, il n'en est rien, puisque dans les dix

(1) Thèse de Glover, p. 47.

cas de non guérison, le délire a débuté huit fois pendant la convalescence, et deux fois seulement pendant la période fébrile.

J'ai déjà prouvé que presque tous les cas de chronicité avaient succédé à des fièvres typhoïdes graves ou très graves. Il faudra donc se montrer très réservé pour le pronostic et même pessimiste en présence de délires de la convalescence succédant à des fièvres typhoïdes ayant eu un caractère de grande gravité, surtout s'il y a eu prédominance de phénomènes cérébraux et si la maladie a eu une longue durée.

La prédisposition vésanique, héréditaire ou acquise, joue donc un rôle assez effacé dans la genèse de ces affections mentales. Elle ne m'a pas paru avoir une grande influence sur la terminaison de cet accès de folie ; mais il est probable que les récidives sont alors plus à craindre.

La forme mentale a-t-elle une influence sur la terminaison de cette folie ? Presque toujours, ce sont des délires polymorphes compliqués d'agitation maniaque qui sont passés à l'état chronique. J'ai été frappé du grand nombre d'internements avec les formes maniaque et lypémaniaque, ce qui prouve que ces formes mentales, généralement curables, sont toujours graves.

En revanche, tous les cas de confusion mentale ont guéri. Nous comprenons dans cette forme mentale les cas de stupeur, de stupidité, stupeur mélancolique, démence aiguë, pseudo-démence. Ce résultat concorde bien avec cette assertion de M. Ritti : « que la mélancolie avec stupeur est une des formes de la mélancolie qui se guérit le plus facilement et le plus promptement » (1).

(1) Ritti. Art. « Stupeur et stupidité » du *Dict. encycl. des sc. méd.*, p. 462.

D'après M. Ritti, c'est surtout chez les enfants et les jeunes gens que la stupeur des convalescents de fièvre typhoïde peut devenir définitive.

Disons, enfin, que l'état de débilitation des malades au moment de l'invasion de la dothiéntérie, a été noté assez souvent.

TRAITEMENT

Ce serait un hors-d'œuvre que d'exposer ici les règles de la diététique et du traitement pharmaceutique du délire de la convalescence. Mais il est une question concernant le traitement moral sur laquelle je dois insister ; je veux parler de l'isolement.

Autant il est utile d'ordonner de bonne heure cette mesure dans les cas d'aliénation mentale proprement dite, autant il faut être circonspect dans la prescription de ce moyen de traitement qui, non seulement est généralement inutile aux malades qui nous occupent, mais qui peut encore leur être préjudiciable plus tard. La temporisation sera de rigueur. Il n'y aurait, à mon avis, à se départir de ce système et à prescrire l'isolement que dans quelques cas de manie et de lypémanie graves, la séquestration pouvant alors faciliter et hâter la guérison.

RÉSUMÉ

L'étude distincte des délirés de la fièvre typhoïde, pour chaque période de cette maladie, est d'une utilité pratique incontestable. Elle est justifiée par la pathogénie, la symptomatologie, le pronostic, les indications thérapeutiques, et même au point de vue social.

Ce sont des délires apyrétiques, comme les vésanies proprement dites.

La description de la folie ou des délirés de la convalescence comprend l'étude des troubles intellectuels

qu'on observe durant cette période, soit qu'ils aient éclaté pendant la convalescence, soit qu'ils aient survécu à la période d'état. Ces délires ont été considérés pendant longtemps comme de véritables vésanies. Aujourd'hui, il est généralement admis que ce sont « des psychoses par auto-intoxication ». Ces psychoses se distinguent des psychonévroses par une étiologie dans laquelle l'hérédité joue un rôle plus effacé, une symptomatologie particulière, une terminaison le plus souvent heureuse ; elles s'en distinguent encore par le milieu où elles évoluent, car on les observe dans les hôpitaux ou dans la clientèle privée plutôt que dans les asiles. Ce sont celles dont la connaissance importe le plus au praticien.

Les psychoses qui surviennent dans la convalescence des maladies infectieuses ont, il est vrai, une symptomatologie commune ; mais la folie de la fièvre typhoïde est le type des folies liées aux maladies infectieuses aiguës ; elle a aussi quelques caractères qui lui sont propres. Elle mérite donc une description à part.

Le délire de la convalescence dans la fièvre typhoïde peut revêtir la plupart des formes de l'aliénation mentale. Les plus fréquemment observées sont les conceptions délirantes sur un sujet unique. Les divers types de confusion mentale les suivent de près. Viennent ensuite par ordre de fréquence : la manie, les hallucinations, les troubles de la mémoire et, en dernier lieu, la lypémanie. On observe aussi, assez fréquemment, la succession de plusieurs formes mentales sur le même sujet. Enfin, on a observé, mais exceptionnellement, la paralysie générale, la folie du doute, la folie circulaire, la folie des actes.

Au point de vue pratique, il nous paraît utile de diviser toutes ces manifestations en deux groupes : le premier ne comprend que les conceptions délirantes

uniques. Ces manifestations n'ont pas été admises par Esquirol dans son cadre de l'aliénation mentale. Elles sont faciles à déraciner, ont une courte durée, une terminaison heureuse, caractères opposés à ceux de la folie vraie. Elle succèdent, presque toujours, à des fièvres typhoïdes légères ou de moyenne intensité.

Le deuxième groupe comprend toutes les formes de l'aliénation mentale énumérées plus haut, mais plus particulièrement la confusion mentale et la manie. Ces délires succèdent, généralement, à des fièvres typhoïdes graves; ils ont, comme les vésanies, une durée assez longue et une terminaison qui n'est pas toujours heureuse, c'est-à-dire que, parfois, ils passent à l'état chronique et deviennent incurables.

A. — *Conceptions délirantes sur un objet fixe.* — Ce sont les manifestations les plus fréquentes de ce délire.

Les conceptions délirantes de nature ambitieuse, aussi fréquentes, à elles seules, que toutes les autres, me paraissent être spéciales au délire de la convalescence de la fièvre typhoïde. Ce délire ambitieux se distingue, d'ailleurs, facilement, de celui de la paralysie générale et du délire ambitieux des délirants chroniques.

La plupart de ces conceptions délirantes ont le caractère manifestement onirique, et, comme les rêves, elles sont bizarres, absurdes, invraisemblables.

Durée moyenne, huit à quinze jours; quelquefois moins; rarement plus.

B. — *Confusion mentale.* — Sont compris sous cette dénomination les cas d'obtusion, de stupeur, de stupidité, de stupeur mélancolique, de démence aiguë et quelques cas notés comme des cas de lypémanie. Tous ont guéri.

C. — *Les hallucinations.* — Se sont montrées fréquemment, tantôt à l'état de simplicité, tantôt asso-

ciées à des troubles intellectuels. Les hallucinations de la vue sont les plus fréquentes ; elles n'ont jamais manqué dans les onze observations relatées, parfois isolées, le plus souvent associées à des hallucinations de l'ouïe et, bien plus rarement, à des hallucinations de la sensibilité et du goût.

D. — *Manie aiguë*. — Nombreux cas qui ont succédé, généralement, à des fièvres typhoïdes graves. Leur durée a été très variable, de quelques jours à quelques mois. Dans huit cas connus, il y a eu cinq internements et l'un d'eux est passé à l'état chronique. L'agitation maniaque s'est montrée souvent, à titre accessoire, dans les autres formes mentales.

E. — *Lypémanie*. — Cette forme assez rarement observée, est accompagnée, le plus souvent, de torpeur intellectuelle et d'un certain degré de confusion mentale. Quoique tous les cas se soient terminés par la guérison, c'est une forme grave, car la durée a été longue et l'internement fréquent (3 fois sur 5) ; elle a presque toujours succédé à des fièvres typhoïdes graves.

F. — *Amnésie*. — Assez fréquente, plus souvent générale que partielle. D'après Sollier, plus fréquente chez les femmes que chez les hommes ; d'après mes observations, aussi fréquente dans un sexe que dans l'autre. Il est à noter que, trois fois sur huit, l'amnésie était associée à des paralysies incomplètes du mouvement.

D'après quelques auteurs, l'hérédité est la seule cause efficiente de la folie de la convalescence dans la fièvre typhoïde.

Pour d'autres, cette folie étant de nature infectieuse, la prédisposition héréditaire ne jouerait aucun rôle dans sa production.

L'étude des faits m'a démontré que la prédisposition héréditaire joue ici un rôle secondaire : c'est le poison

typhique qui est le principal facteur. En éliminant les cas du premier groupe (conceptions délirantes fixes), qui guérissent toujours, et ne considérant que les cas du second groupe, c'est-à-dire ceux qui revêtent les formes ordinaires de l'aliénation mentale, il est établi que la guérison est la terminaison la plus fréquente : 71,8 p. 100 d'après Kraepelin, 84,12 p. 100 d'après mes recherches.

De toutes les formes mentales, c'est la confusion mentale qui guérit le plus rapidement. La manie et la mélancolie sont des formes plus graves; quoique suivies, le plus souvent, de guérison, elles ont souvent nécessité l'internement. Ce sont les cas où les formes mentales se succèdent chez le même sujet qui sont passés le plus fréquemment à l'état chronique. L'internement du malade sera rarement nécessaire.

La *folie consécutive* à la fièvre typhoïde, c'est-à-dire celle qui se déclare plus ou moins longtemps après la guérison de cette maladie, fera l'objet d'un autre article.

UN CAS DE DORONMANIE

OU IMPULSION A FAIRE DES CADEAUX

PAR LES D^{rs}

LEMOINE

Maurice PAGE

Professeur à la Faculté de médecine de Lille. Médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue.

Nous avons eu récemment à donner nos soins à une malade, M^{me} V..., dont l'observation nous semble, par sa rareté, digne d'être présentée tout au long ici. M^{me} V... est une hystérique à crises (qui sont disparues); mais c'est aussi une dégénérée, une impulsive, et son impulsion psychique est curieuse : c'est l'impulsion à donner des cadeaux, que nous appellerons volontiers doronmanie (du mot grec δωρον, cadeau).

Il nous semble inutile de délayer dans des considérations générales, que tout le monde connaît, l'observation extrêmement intéressante, que nous allons dès lors exposer en la faisant suivre de quelques réflexions qu'elle peut suggérer.

M^{me} V..., trente ans; mariée.

Antécédents héréditaires. — Le père, distillateur éthylique, est encore atteint d'une albuminurie toxique qui dure depuis quatre ans. La grand'mère paternelle est aliénée, deux tantes (côté paternel) ont été enfermées. La mère, bien que rhumatisante, est assez bien portante, mais il y a beaucoup de tuberculeux dans sa famille. La malade est la seule enfant. A noter que la mère est cousine-germaine de son père, ce qui est fréquent dans cette famille.

Antécédents personnels. — Bronchites répétées dans l'enfance

et des convulsions à trois ans — De trois à quatorze ans la malade est atteinte de strabisme, qui cesse sans traitement. Règles à quatorze ans.

Elle est opérée, à cet âge, de végétations adénoïdes occasionnant une otite, guérie par l'opération, mais laissant l'oreille gauche un peu dure. Au moment de sa première communion, la malade a eu des scrupules religieux.

Elle entre au couvent à quinze ans ; elle apprend facilement, a beaucoup de mémoire, n'est pas indisciplinée mais *très menteuse*. « Elle ne dit pas la vérité sans pouvoir s'en empêcher », dit-elle.

A seize ans, elle se prend d'une grande passion pour une jeune fille plus âgée, elle pleure sans cesse parce qu'elle pense qu'elle n'est pas assez aimée de cette jeune fille, elle en est très jalouse. Elle a besoin d'être embrassée par elle ; elle lui écrit une lettre par jour au moins. Tout reste platonique, d'après notre enquête. C'est alors que notre malade est prise du besoin de faire des cadeaux à cette amie ; elle lui offre successivement des éventails, des vases, des bonbons, etc..., et elle remarqua déjà que quand l'idée lui venait de donner, elle ne pouvait s'en empêcher.

Un jour que son amie ne s'était pas occupée d'elle, elle monta au troisième étage de la pension, enjamba la fenêtre et tenta de se précipiter. Ce premier roman dure un an. Puis son amie part, elle pleure beaucoup et reste en correspondance avec elle.

L'année d'après, nouvelle passion pour un professeur de sa pension ; elle lui écrit aussi des lettres quotidiennes et lui envoie des cadeaux chaque fois qu'elle peut. Mais cette dame la gronde, la punit, avertit sa mère, il lui faut bien cesser.

A dix-huit ans elle quitte la pension, revient chez elle. Elle va revoir sa première amie, elle passe quinze jours chez elle, et en partant fait des cadeaux à toute la famille, aux trois frères, à la sœur, à la mère et à son amie. Elle retourne chez son amie six mois après, même chose : cadeaux à tout le monde. Elle aime déjà beaucoup l'uniforme et rêve d'épouser un officier.

A dix-huit ans elle fait la connaissance de son futur mari, un industriel, elle l'aime après l'avoir vu une seule fois dans un bal (*sic*) ; mais après avoir donné son consentement aux fiançailles, sa mère refuse de la marier, la malade a alors sa première crise nerveuse ; puis elle tente de s'empoisonner avec du lauda-

num ; elle veut ensuite entrer en religion. Enfin elle se marie et elle est parfaitement heureuse avec son mari qu'elle aime beaucoup ; huit mois après, elle met au monde un enfant mort, non macéré, ce qui lui cause une grosse peine. L'année d'après (1896), antre accouchement à six mois d'une petite fille qui vit cinq jours. En octobre 1897, commencent tous les signes d'une grossesse ; M^{me} V... reste couchée jusqu'en mai 1898 ; le médecin, s'apercevant alors qu'il s'agit d'une grossesse nerveuse, l'envoie voir un gynécologue. Celui-ci lui fait un raclage utérin sous chloroforme. Les règles reviennent bientôt normales.

En 1899, son mari perd un de ses amis intimes, officier de chasseurs. A l'enterrement la malade est peinée de voir son mari pleurer, le lendemain elle va au cimetière (sans s'en rendre compte, dit-elle) et là cueille des fleurs sur la tombe du mort, les met dans une boîte et conserve cette boîte dans un tiroir avec la lettre de faire part du décès.

Elle devient enceinte en octobre 1900, sa grossesse se passe sans accident, mais elle est obligée de garder le lit et accouche en mai 1901, à 7 mois, d'une petite fille actuellement vivante et bien portante, ayant joui jusqu'à ce jour d'une santé parfaite. Après avoir sevré en 1902, comme les règles revenaient deux ou trois fois par mois, elle va revoir son médecin qui lui fait un drainage de l'utérus et une cautérisation.

Après cette petite intervention gynécologique elle maigrit de vingt livres environ, elle tousse et paraît avoir eu le sommet droit atteint de tuberculose. C'est à ce moment que commencent à s'accroître et les crises nerveuses et la manie de donner des cadeaux.

Elle voyait assez souvent chez elle, un officier ami de son mari ; celui-ci, un jour, fait allusion à la situation de fortune assez précaire de cet ami, « l'idée lui vient immédiatement de lui témoigner sa compassion », elle va acheter deux boîtes de londrès, vient en faire un paquet chez elle, inscrit le nom et l'adresse de cet officier et porte le paquet elle-même aux messageries.

Après deux jours, elle écrit sans signature à M. A... (l'officier) pour lui demander si l'envoi lui a fait plaisir ; elle le prie dans ce cas de faire une croix à la craie sur sa porte ; ce monsieur fait la croix convenue, elle va racheter cigares et cigarettes, en fait un paquet chez elle, et va le porter elle-même à l'hôtel où il prend pension. Ceci se passe dans une petite ville de l'Ouest, où elle vit depuis son enfance ; la caissière la connaît,

elle dit à M. A... qui elle est. Cet officier vient tout de suite la voir et lui remet une lettre où il lui dit qu'il ne veut pas brouiller son ménage et qu'il lui faut cesser ses envois. Du jour au lendemain elle cesse.

La malade assure qu'elle n'avait aucun penchant pour M. A..., que celui-ci lui déplaisait même physiquement, mais qu'il lui semblait malheureux et qu'elle voulait lui « prouver sa pitié ». Pendant qu'elle écrivait les lettres et faisait les paquets, elle était oppressée, angoissée, la sueur l'inondait, elle tremblait, mais était forcée de continuer; avant de faire ses achats, elle voulait résister, se donnant de bonnes raisons, se disant qu'elle aimait son mari et lui ferait de la peine s'il apprenait ses folies; elle sortait sans porte-monnaie, mais au bout de cinq minutes l'angoisse la prenait, elle revenait en courant chercher de l'argent et faisait l'achat projeté. Alors elle se sentait soulagée, « elle respirait enfin ». Elle remarque elle-même la légèreté avec laquelle elle agissait, en risquant de se compromettre, mais il le fallait, dit-elle.

Vers ce temps la malade part en voyage avec son mari; elle a des distractions, elle s'amuse, elle ne pense à rien. Au retour, un matin, en sortant d'une maison amie en courant, elle bouscule un officier qu'elle ne connaît pas. Elle continue sa route; quelques instants après, elle voit à une devanture la photographie d'un groupe d'officiers parmi lesquels elle reconnaît celui qu'elle vient de bousculer; l'idée lui vient aussitôt de « réparer » la maladresse qu'elle vient de commettre en heure tant légèrement cet inconnu, en lui adressant un cadeau. Le malheur veut que les noms de ces officiers soient écrits au bas de la photographie, elle va aussitôt au bureau de tabac, fait emballer deux boîtes de londrès, fait écrire sur l'enveloppe le nom qu'elle vient de lire, et porte ce cadeau au mess. — Elle fait tout cela sans se rendre compte de la bizarrerie de sa démarche, presque inconsciente. Le cadeau est accepté. Sa maison est située sur la route de la caserne, cet officier devait donc forcément passer devant chez elle tous les matins. Elle le guette longuement, puis le suit jusque chez lui. Elle apprend ainsi son adresse et lui écrit aussitôt un mot, sans signature, pour lui dire qu'elle lui envoie un autre colis, et le prier de vouloir bien remettre au bureau de l'hôtel où il habite une lettre, disant si cela lui fait plaisir. Il répond qu'il est charmé de l'envoi, mais qu'il ne veut plus que cela se renouvelle; elle va chercher elle-même la réponse. Le lendemain nouveau pa-

quet (cigares et cigarettes) qu'elle porte elle-même, avec une lettre sans signature ; dans cette lettre, elle disait à M. B... (l'officier), que s'il voulait connaître la personne qui lui envoyait cela, il n'avait qu'à lever les yeux vers le milieu de la rue Saint-Martin. En passant, M. B... la vit à la fenêtre et lui écrivit tout de suite qu'il ne voulait plus accepter aucun cadeau, qu'il mettrait son mari au courant si elle continuait. Deux jours après, envoi d'un nouveau paquet, déposé à la demeure de M. B... par une ancienne bonne à elle.

A ce moment le régiment part aux manœuvres ; pendant tout ce temps la malade est tranquille, elle ne pense à rien.

Dès le retour du régiment, elle écrit à M. B..., sans signer, pour lui dire qu'elle allait au théâtre tel jour, qu'elle serait heureuse de l'y apercevoir. Dorénavant, chaque fois qu'elle va au concert ou au théâtre, elle en informe M. B... Souvent, elle ne le cherche même pas des yeux, ne sait même pas s'il est venu, en tout cas elle ne lui parle jamais, car elle est toujours accompagnée de son mari. Un des soirs où elle comptait aller au cirque, après avoir averti M. B..., son mari l'empêcha d'y aller. Elle a une crise nerveuse qui dure fort longtemps ; elle écrit à M. B... le lendemain pour s'excuser d'avoir manqué à ce rendez-vous, si platonique. Inutile de dire que le pauvre officier ne répondait jamais à ses lettres. Elle apprend un jour qu'il doit s'en aller bientôt, elle lui écrit pour lui demander sa nouvelle adresse, sans autre chose. Pas de réponse ; alors elle fait venir une ancienne bonne à elle et lui fait porter une lettre au café où il a coutume d'aller. Il répond sur un papier déchiré qu'elle ne doit plus penser à lui, qu'elle doit aimer son mari, etc... Elle lui renvoie un mot, où elle lui dit qu'elle est triste de son départ et lui demande une réponse ; il renvoie un chiffon de papier déchiré, sur lequel est écrit : « Soyez sérieuse et ne pensez plus à moi. » Quelques jours se passent, puis elle va pour quelques heures à Dreux avec son enfant ; elle en profite pour acheter un porte-cigarettes en argent, et le fait adresser à M. B... Huit jours après, elle envoie un encier, sans un mot, sans mention d'envoyeur. En novembre, elle envoie un faisan truffé, et rencontre en faisant l'expédition quelqu'un de sa connaissance ; la peur la prend des bavardages qu'on fera sur son compte et du chagrin qu'elle fera à son mari qu'elle aime beaucoup, elle est prise d'une crise nerveuse très violente.

Quelque temps après elle achète de l'étoffe pour broder un

gilet, mais elle ne peut le broder elle-même, tellement elle tremble; elle le fait faire dans un orphelinat en donnant comme modèle un gilet de son mari. A ce moment le mari averti par une lettre anonyme l'accuse d'être la maîtresse d'un officier, elle a beaucoup de peine de ce soupçon, a plusieurs crises de suite; quelques jours après elle envoie quand même le gilet brodé à M. B...

Là se place un petit incident qui peint bien la naïveté de la malade. Un matin, en rangeant les effets de son mari, encore endormi, elle est frappée de voir un bandage herniaire; ignorant l'usage et le nom de cet appareil et s'imaginant que c'était un instrument de plaisir, que c'était une preuve de l'infidélité de son mari, elle est prise d'une crise nerveuse qui dure fort longtemps. Son mari dut faire venir son médecin pour lui expliquer l'usage de ce bandage.

Trois mois se passent sans qu'elle pense à rien, puis à l'occasion du 1^{er} avril, elle envoie à M. B... une boîte en argent avec des cigarettes; huit jours après, un porte-crayon en or, mais ce cadeau n'est pas plutôt parti qu'elle écrit à cet officier pour lui dire de garder le secret, de tout oublier. « Elle espérait ainsi conjurer le sort, ayant peur qu'il n'arrive malheur à son enfant à cause d'elle. »

En août son mari s'absente; elle fixe par lettre à M. B... un rendez-vous auquel il vient et où elle lui demande de tout brûler; il lui assure que toutes ses lettres sont détruites. Au cours de cet entretien, elle lui explique qu'elle était forcée de faire ce qu'elle avait fait, qu'elle s'y sentait poussée, qu'elle ne pouvait résister, elle lui demande de s'éloigner (c'est un comble). Il devait justement partir pour sept à huit mois, elle en est enchantée. Le soir même, en rentrant, elle écrit à ce malheureux homme une lettre pour lui demander exactement les mêmes choses qu'elle lui avait demandées quatre heures avant et auxquelles il avait acquiescé. Elle lui demande même de se marier. Cela ne l'empêche pas, trois jours après, d'envoyer à M. B... une épingle de cravate. Mais M. B... est parti, elle écrit à un de ses amis, officier de son régiment, à l'hôtelier pour savoir la nouvelle résidence de M. B...; elle lui écrit lettre sur lettre à son ancienne demeure pour solliciter un rendez-vous. Cette correspondance dure deux mois, sans résultat d'ailleurs; mais un beau jour elle rencontre cet officier à Dreux, elle ne lui parle même pas. En janvier 1904, c'est-à-dire quinze jours après l'avoir revu sans lui parler, elle lui renvoie un pot

à tabac rempli de cigarettes. Mais son mari reçoit de nouveau une lettre anonyme l'avertissant qu'elle est la maîtresse de M. B..., il fait une rapide enquête, facile d'ailleurs à cause de l'ingénuité de cette femme et la croyant coupable, la renvoie chez ses parents.

Elle est prise d'un désespoir d'autant plus grand, qu'elle n'a jamais cherché à tromper son mari, qu'elle l'aime beaucoup; elle tente à plusieurs reprises de se suicider; les crises nerveuses deviennent quotidiennes, l'état général mauvais; elle souffrait déjà depuis quatre ou cinq mois beaucoup du côté gauche du ventre, ses règles étaient irrégulières, on l'examine et on lui trouve de la salpingite à gauche et une métrite grave. Elle est transportée dans une maison de santé où son utérus est cureté et drainé pendant un mois. A chaque pansement, à chaque intervention gynécologique si minime soit-elle, elle a une crise d'hystérie durant fort longtemps. C'est après cette opération et en raison de cet état nerveux grave qu'elle entre à l'établissement de Bellevue (juillet 1904).

Examen physique. — Les oreilles, les dents sont d'une dégénérée; la voûte palatine également. Rien aux organes digestifs; le cœur est excellent, mais la malade se plaint de palpitations fortes et fréquentes; il n'y a rien d'anormal aux poumons. L'utérus et les annexes sont en bon état maintenant. La malade se plaint d'une céphalalgie presque continuelle; le sommeil est très mauvais; la peau présente une anesthésie superficielle et profonde sur presque toute la surface du corps; pas de thermo-anesthésie. Les réflexes pupillaires, pharyngiens, tendineux sont affaiblis. Léger rétrécissement du champ visuel à gauche. Anesthésie de la muqueuse buccale et vaginale. Le sens génital paraît d'ailleurs absolument absent et la malade dit qu'elle ne sent pas les rapports avec son mari depuis un an environ. Ovaralgie très superficielle à gauche. A son entrée, les crises nerveuses sont presque quotidiennes; voici comment elles se passent : avant la crise, la malade est fatiguée, agacée, angoissée, elle pleure fréquemment, puis une très vive douleur la prend à la nuque et semble la tirer en arrière, elle a le temps de s'étendre (mais elle tombe parfois), perd connaissance complètement, la gorge serrée, la face congestionnée; l'insensibilité est absolue, les membres ont quelques petites contractions toniques; puis l'inertie, la placidité devient absolue, le pouls baisse généralement d'une dizaine de pulsations. Aucune titillation, piquûre, pression, sommation, sug-

gestion ne la tire de cette léthargie, qui dure quatre ou cinq heures et se termine par une émission d'urine ou de pleurs. Le délire après la crise ou pendant est assez rare.

La malade est facilement hypnotisable, par la fixation du regard ; elle obéit parfaitement aux ordres pendant le sommeil hypnotique sans souvenir au réveil.

A la fin d'octobre, la malade que nous avons traitée par l'isolement absolu des siens, l'hydrothérapie et de longues séances de psychothérapie va beaucoup mieux : elle a engraisé de 5 kilogrammes, elle n'a plus de crises depuis le 20 septembre, la sensibilité est en partie revenue ; elle est donc en état de retourner chez elle. Elle a été reprise pendant le traitement de sa manie de faire des cadeaux. Le 10 et le 15 septembre, par reconnaissance et pour manifester sa gratitude à l'un de nous, elle lui a fait adresser des fleurs et des bonbons ; nous l'avons grondée très fort et elle n'a pas recommencé.

Comme nous le voyons, notre malade, M^{me} V..., est une dégénérée ; son hérédité est très lourde, avec de nombreux ascendants aliénés et tuberculeux, qui, par leurs mariages consanguins, ont encore aggravé leurs tares mentales. C'est de plus une hystérique avec des crises très fréquentes sur lesquelles le doute n'est pas possible. La manie de faire des cadeaux, datant de l'enfance, est rapidement devenue, sur ce terrain prédisposé, une impulsion précédée d'angoisse avant l'exécution, suivie de soulagement après. Sous l'influence de ces impulsions, la malade est devenue pour les malheureux qui en étaient l'objet, une véritable persécutrice. La métrite et la salpingite dont elle souffrait depuis des années ont sûrement encore aggravé sa maladie mentale.

Naturellement, le mari de la jeune femme a pris pour du cynisme ce qui n'était que de la naïveté et de l'irrésistibilité maladives et, se croyant trompé, a voulu divorcer ; mais, ainsi qu'on en peut juger, il s'agit d'une malade, irresponsable par conséquent, et ses fautes ne relèvent pas du tribunal civil mais de la clinique des maladies nerveuses.

Médecine légale

DE

LA SIMULATION

DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES
CHEZ LES ENFANTS

Par le Dr Paul MOREAU (de Tours)

Dans un travail que nous avons publié il y a quelques années (1), nous avons démontré que les enfants pouvaient comme les adultes être frappés d'aliénation mentale.

Quelque extraordinaire que ce fait paraisse au premier abord, il n'en est pas moins exact, et l'observation de chaque jour confirme le bien fondé de nos remarques; le manque de documents nous avait fait commettre alors un oubli qu'il est de notre devoir de réparer aujourd'hui dans la plus large mesure du possible.

Dans le courant des recherches que nécessitait un pareil travail, nous n'avions relevé aucun exemple de simulation de troubles psychiques. Depuis, un cas sur lequel nous avons été appelé à nous prononcer ayant

(1) *La folie chez les enfants*. J.-B. Baillière et fils, édit. Paris, 1888.

éveillé notre attention, nous avons pu réunir de nouveaux faits analogues.

La simulation des troubles psychiques *existe* chez les enfants, mais elle *semble* rare. Nous disons *semble*, car il est en effet excessivement difficile de trouver des observations. Les faits qui ont pu se produire, ou ont été méconnus et mis sur le compte de l'aliénation pure et, comme l'accès est très fugitif, ils ont passé inaperçus, ou n'ont pas attiré l'attention d'une manière spéciale.

Il est bien entendu que nous ne parlons ici que des troubles psychiques, des troubles intellectuels, moraux et affectifs, car il est loin d'en être de même de la simulation des accidents nerveux. Ici la liste des observations est plus riche et il suffit de parcourir les faits produits par différents auteurs pour s'en convaincre (1).

Sur ceux-là nous n'insisterons que dans une mesure très restreinte, sauf le cas où à ces troubles nerveux se mêlent des faits, des signes, nous ne dirons pas des symptômes, d'aberrations mentales.

D'autre part, on est si rarement appelé à constater ces aberrations de l'esprit, ces troubles intellectuels dans lesquels la famille et même le médecin traitant ne veulent voir et ne voient que des bizarreries de caractère, de l'enfantillage, un résultat de mauvaise éducation, etc., qu'il n'est pas étonnant que les faits de ce genre passent inaperçus.

Il est bon cependant d'appeler l'attention sur ce point et de signaler l'existence possible de la simulation pour la faire rechercher et découvrir.

Cette ignorance de la simulation dans le jeune âge s'explique facilement. L'esprit répugne à supposer

(1) Dufestel. Des maladies simulées chez les enfants. Thèse de Paris, 1888.

l'enfant capable de feindre une affection pathologique et surtout un trouble de l'intelligence ou des sentiments affectifs.

Comme on l'a fait très justement remarquer, quand à l'hôpital ou dans une pension, un lycée, un enfant est surpris *flagrante delicto*, on se contente de le réprimander sans songer à prendre son observation.

Dans une série de discussions des plus intéressantes, qui eurent lieu à la Société médico-psychologique dans l'année 1882 (1), M. Dally disait avec raison que de nos jours on avait une tendance fâcheuse à accepter comme paroles d'évangile ce que racontent les malades et que, lorsqu'il s'agissait surtout du jeune âge, il était prudent de se tenir en garde contre le mensonge. « L'enfant, ajoute-t-il, est essentiellement menteur, il cherche à duper, à induire en erreur. Cet âge est celui du mensonge et ici l'avantage appartient aux petites filles. L'évolution du mensonge paraît plus tardive chez les garçons. »

C'est peut-être aller un peu loin et pousser les choses bien au noir, et nous nous rangeons plus volontiers à la manière de voir de Dufestel qui, parlant en général, dit que la simulation est loin d'être rare dans le jeune âge, et qu'on l'observe journellement. « Cette fréquence varie d'ailleurs selon les conditions dans lesquelles on se place : d'une façon générale, on peut dire que les maladies simulées sont d'autant plus fréquentes qu'il y a un nombre plus grand d'enfants réunis. C'est dans les lycées, les pensions, les prisons de jeunes détenus, qu'on peut en observer le plus souvent ; et cette augmentation plus grande dans une agglomération se comprend plus facilement. Un gamin qui verra son camarade exempté de classe pour claudication qu'il sait simulée,

(1) Du mensonge chez les enfants.

ne manquera pas de l'imiter à la prochaine occasion.»

S'il est une maladie contagieuse, c'est bien l'imitation, et on sait à quel point cette faculté est développée dans le jeune âge.

De plus, M. Dufestel, d'après les documents qu'il a recueillis, croit pouvoir dire que « les maladies simulées sont plus fréquentes chez les enfants des villes que chez les petits paysans et cela s'expliquerait naturellement et par la contagion et par l'exemple. Du reste, le genre d'éducation étant un des grands facteurs de la simulation, on comprend que les petits citadins soient plus préparés aux fraudes de tout genre que les campagnards (1). »

Si nous sommes d'accord avec cet auteur pour reconnaître la fréquence de la simulation des maladies en général, nous ne sommes plus en communion d'idées alors qu'il s'agit de la simulation des maladies mentales. Ces observations, avons-nous dit, sont rares et quand elles existent, sont le plus souvent incomplètes.

Il suffira d'en signaler l'existence pour que ceux qui s'occupent de la pathologie infantile en constatent l'existence, plus fréquente qu'on ne croit, ou même n'en retrouvent des observations dans leur mémoire.

Nous-même avons retrouvé dans nos notes des cas auxquels nous ne pensions absolument plus et dont nous avions autrefois relevé l'observation générale sans nous attacher plus spécialement à la simulation que nous avions simplement notée comme syndrome épisodique et rien de plus.

Ces faits n'en ont que plus de valeur à nos yeux, puisqu'ils sont la constatation pure et simple d'un fait, sans aucune idée préconçue.

(1) *Thèse citée*, page 10.



La possibilité de la simulation étant acquise, il nous faut tout d'abord rechercher les motifs qui peuvent engager un enfant à simuler,

A cet égard on peut établir de suite deux groupes bien distincts :

Dans le premier nous placerons les enfants qui simulent dans un but déterminé, bien net, bien franc ;

Dans le deuxième ceux qui simulent instinctivement, par plaisir, par nature. Ce sont des héréditaires, des prédisposés.

A. — Tout à la peine ou à la joie du moment, dominé par son caractère instinctif, l'enfant du premier groupe simulera pour échapper à une punition, éviter un devoir ennuyeux ou, au contraire, obtenir quelques douceurs, quelques friandises ; mais ici la simulation n'est que momentanée. Le but atteint, tout disparaît, la simulation a perdu sa raison d'être. Ces sujets, en général, simulent mal, sans art, sans préparation et l'observateur le moins prévenu découvre aisément la fraude. Cependant il est des cas où le simulateur montre une certaine habileté, ainsi que nous en verrons plus loin des exemples.

B. — D'autres simuleront par plaisir, dans le simple but de satisfaire un penchant, d'attirer sur eux l'attention et se rendre intéressants.

Ici nous n'avons plus affaire à des enfants théoriquement sains d'esprits, indemnes de toute hérédité ; nous nous trouvons en présence d'individus qui, à un moment donné, présenteront très probablement des troubles nerveux ou psychiques. Ce sont des enfants de nerveux, nerveux eux-mêmes, mais à un si faible degré que leur état n'attire pas l'attention.

Qu'on y prenne garde cependant. Cet état bizarre qui

les porte à simuler pour leur simple plaisir, sans aucun but, est un indice très grave de l'état de leur esprit.

Pendant qu'il en est temps encore, il faut y mettre un frein. Il faut corriger cet esprit à tendances malades; il faut, autant qu'on le pourra, le redresser et le remettre dans la bonne voie.

Dans un cas grave, là où il y aura une faute à cacher par exemple, à faire excuser une mauvaise action, certains enfants se montreront des comédiens consommés. Cesont bien là ceux que Bourdin a nommés les *anomaliens*.

Ces enfants, s'ils ne sont des nerveux, au sens le plus large du mot, ne sont pourtant pas non plus des hystériques.

Dans ses remarquables leçons de « Clinique chirurgicale », sir J. Paget exprime nettement cette même idée : « Il est rare, dit-il, que les sujets qui ont des simulations bien marquées aient un esprit ordinaire, un de ces esprits qu'on peut appeler moyens, égaux, bien pondérés. Nous pouvons, il est vrai, rencontrer parmi eux quelques gens communs à esprit grossier et inférieur, mais dans la majorité il y a quelque chose de remarquable en bien ou en mauvais, de plus ou moins élevé que la moyenne, quelque chose de distingué ou de bas. Mais soyez sûrs que ces sujets ne sont pas tous des niais ou des fourbes. Il ne peut y avoir rien de plus trompeur que de croire que l'on ne rencontre la simulation que chez les jeunes filles niaises, personnelles, parmi lesquelles on suppose communément que sévit l'hystérie ou qu'elle existe à l'état normal. »

A ce propos, Dufestel rapporte une intéressante observation d'Eröss. Il s'agit d'une fillette de quatorze ans qui, pour se dérober à de rudes travaux, simule des attaques épileptiformes dont elle a été témoin quelques jours auparavant. Le but avoué est très net, l'étiologie n'est pas douteuse, il n'y a aucune raison pour

admettre l'hystérie et malgré cela on est forcé de se demander si l'état mental de cette enfant est normal. Une fille de cet âge, saine d'esprit, n'irait pas penser à imiter un épileptique, cela lui paraît monstrueux. Il y a donc un état cérébral particulier à cette enfant. Il faut voir dans ces faits un véritable état morbide qui emprunte son caractère à la disposition particulière dans laquelle se trouve l'individu, disposition qui fait qu'involontairement, pour ainsi dire, il reproduit les mouvements dont il est témoin. Ces phénomènes ne restent pas limités aux simples lésions de la motilité. Ce même état morbide se développe, s'étend des organes dans lesquels les facultés instinctives, les sentiments frustes ou raisonnés, la volonté, enfin l'intellect proprement dit, prennent leur origine.

Cette dernière espèce de simulateurs est bien loin de celle que nous avons indiquée dans le paragraphe précédent. Autant l'un est banal, autant l'autre est astucieux, souvent même difficile à dévoiler ; l'un est un enfant avec les défauts de son âge, l'autre un véritable malade.

*
* *

Qui a pu donner à l'enfant l'idée de simuler ?

Là les motifs sont multiples, mais peuvent cependant se grouper sous quatre chefs principaux que nous allons examiner.

A. — L'enfant simule parce qu'il a trouvé le moyen bon pour obtenir de ses parents ce qu'il désirait (pour avoir un jouet, éviter une classe, un travail pénible, etc.)

Ici la faiblesse des parents est la seule cause qu'on doive incriminer. Gâté par eux, entouré des soins les plus attentifs, l'enfant sait que s'il est malade on lui cédera toujours et que ses désirs seront des ordres. Pour parvenir à son but il n'a qu'un moyen : c'est de feindre

des symptômes morbides douloureux. Il évitera ainsi d'aller à l'école qui l'ennuie, et il continuera à être choyé par ses parents plus que de coutume, il échappera à une corvée qui lui est désagréable ou pénible.

B. — L'enfant simule par imitation.

Nous n'avons pas à revenir sur les conditions nécessaires pour que l'imitation se produise chez certains individus.

On sait combien sont aptes à la contagion certains cerveaux prédisposés et nul n'ignore combien le contact des enfants idiots et imbéciles et des aliénés est le plus souvent nuisible pour les uns et pour les autres.

Les influences du voisinage et d'imitation peuvent amener et amenèrent de fâcheuses conséquences.

La majorité des accidents nerveux convulsifs ou mentaux que l'enfant simulera, le sera par suite de l'imitation d'un voisin. Tout le monde connaît la simulation de l'hystérie, de l'épilepsie, de la chorée, etc.

Tous ces cas calqués sur le même modèle, coulés dans le même moule, peuvent en quelque sorte avoir pour type le fait suivant (1).

Le nommé V... A..., âgé de quinze ans, mousse à la direction des constructions navales, entre à l'hôpital maritime de Cherbourg avec la note suivante inscrite sur son billet d'admission : « Accidents cérébraux consécutifs à la chute d'un boulon de fer sur la partie postérieure de la tête, en arrière de l'oreille droite. Cet enfant, étant plus jeune, se serait, dit-on, introduit une petite pierre dans l'oreille ; il ne reste plus aucune trace de cette pierre aujourd'hui. Le jeune malade est depuis quarante-cinq jours exempt de service à domicile. »

Les renseignements fournis par la famille sont les suivants :

Depuis la blessure insignifiante d'ailleurs du cuir chevelu signalée dans le billet d'entrée, le caractère du sujet a subite-

(1) Gentilhomme. Simulation dans le service militaire. *Thèse de Paris, 1884.*

ment changé et est devenu soudain triste et excessivement irritable. De plus, et c'est le point capital, le malade est atteint chaque jour d'accidents nerveux à marche bizarre qui se produisent en général le matin. Ces accès sont caractérisés par une perte subite de connaissance, des convulsions, du délire, et durent toute la journée avec des alternatives de convulsions et de repos; mais la perte de connaissance est toujours complète; l'appétit est bon, les nuits calmes. Toujours d'après la famille, le diagnostic porté à domicile serait : « pachyméningite ».

Au moment de l'entrée à l'hôpital, le jeune V... est plongé dans un coma profond, la respiration est bruyante, les globes oculaires sont très mobiles et ont de la tendance à se cacher sous la paupière supérieure; la pupille semble légèrement dilatée, mais dans les limites physiologiques. Il paraît exister de la photophobie; l'approche d'une lumière produit une exagération de tous les symptômes : trismus, raideur de la nuque, contractures généralisées; les excitations périphériques déterminant des convulsions classiques des membres supérieurs et du tronc; rien du côté des membres inférieurs. Le facies est excellent quoique un peu animé. Pouls à 80, température à 38° 4. L'état général ne paraît pas avoir souffert de cette période convulsive interrompue depuis six semaines. En supposant la possibilité d'une affection vermineuse, et par acquit de conscience, on prescrit une dose de santoline et un purgatif; impossible de vaincre le trismus et de faire avaler une gorgée au malade.

Alors, sur la simple menace faite à haute voix de procéder à l'extraction d'une incisive pour permettre l'ingestion des liquides, tout à coup le malade se dresse sur son séant, affirmant qu'il boira bien tout seul. Tous les symptômes cérébraux et spinaux s'évanouirent comme par enchantement et le malade s'endort profondément quelque temps après. Depuis lors la guérison ne s'est pas démentie.

En présence de la disparition aussi soudaine et aussi radicale des accidents qui avaient amené le jeune V... A... à l'hôpital, il ne pouvait y avoir le moindre doute sur la valeur des symptômes accusés par lui; il était évident qu'on avait eu affaire à un simulateur.

Maintenant, si l'on veut se rendre compte des motifs qui avaient poussé notre mousse dans cette voie et se faire une idée des faits qui l'avaient conduit à adopter un pareil genre

de simulation, les renseignements qui suivent et recueillis après coup pourront vraisemblablement fournir une explication satisfaisante à ce sujet : Pour comprendre le but poursuivi par l'intéressé, il est nécessaire de savoir que l'administration de la marine permet parfois dans des circonstances déterminées à certains ouvriers des arsenaux, dans les cas par exemple de maladies ou blessures contractées en service commandé, de se faire traiter à domicile tout en conservant leur solde intégrale.

Or, le jeune homme dont il est question ici avait, paraît-il, pour voisin d'habitation un ouvrier du port qui avait obtenu l'autorisation de se faire ainsi soigner chez lui. Cet homme était sujet à des attaques épileptiformes survenues à la suite d'une plaie contuse de la tête. Il était très connu à l'hôpital maritime de Cherbourg et présentait sur le corps des zones épileptogènes remarquables. Dès qu'un attouchement quelconque se produisait sur ces parties, les attaques se manifestaient.

Il est évident que le jeune A..., frappé des avantages matériels de solde et de loisirs qu'avaient procurés à son voisin de simples contusions à la tête, avait voulu exploiter une très légère lésion analogue pour se procurer la même vie de *far niente* aux frais de l'Etat, et c'est dans ce but qu'il avait imaginé de simuler ces espèces de crises nerveuses qui furent vite mises à néant par l'intervention menaçante d'une avulsion d'une dent.

Depuis, ce jeune mousse a repris son service, et jamais plus les accidents cérébraux du début n'ont reparu chez lui et sa santé s'est toujours maintenue très bonne depuis cette époque.

C. — L'enfant simule pour attirer l'attention.

Il n'est pas rare d'observer chez les enfants des troubles psychiques qui consistent en un besoin extrême de simuler et d'attirer l'attention de l'entourage. M. Leidesdorff (de Vienne) rapporte le cas suivant :

Une petite fille de onze ans, frêle, anémique, d'une intelligence normale, qui présentait par accès plus ou moins éloignés les phénomènes suivants : la scène s'ouvrait par une toux sèche, incessante, la voix se voilait ; l'enfant mettait un grand choix dans ses aliments et finissait par ne plus manger. Elle avait maigri jusqu'à prendre un aspect squelettique. Ou bien

encore on lui présentait de la soupe, elle déclarait ne pouvoir en supporter plus de trois cuillerées. Si on lui en faisait prendre une quatrième, elle se mettait aussitôt à vomir le tout. Elle se plaignait ensuite de violents maux de tête et demandait qu'on lui appliquât sur le front, pour lui procurer du soulagement, un morceau de pain bien trempé dans du vinaigre ; naturellement c'était pour pouvoir manger en secret une partie de ce pain. Quand on servait le repas de la garde-malade, si celle-ci venait à s'éloigner un instant, l'enfant touchait aussitôt aux aliments servis pour en manger une petite partie. Elle poussait la simulation jusqu'à inspecter ses garde-robes pour enlever avec les doigts les restes d'aliments qui eussent pu la trahir. La sensibilité, soit dit en passant, était fortement émoussée aux membres supérieurs. Au bout de six mois elle était guérie.

M. Leidesdorff a vu plusieurs cas analogues et il cite une observation semblable de Charles West, très intéressante.

Dans ses leçons sur les maladies du système nerveux (1), le professeur Charcot cite une observation des plus curieuses de simulation chez une enfant de quinze ans. Cette fille, que la plupart des neurologistes ont connue, a voulu en imposer aux médecins de l'Europe entière.

« Il vient actuellement à notre consultation externe une petite malade dont l'histoire confine à celle de l'hystérie, si elle ne lui appartient pas tout à fait. Il s'agit d'une jeune Israélite de Saint-Petersbourg, âgée de quinze ans, non réglée, qui fréquente notre clinique depuis environ six semaines.

Elle est venue chercher à Paris une guérison qu'elle n'a pas encore obtenue d'ailleurs.

Il s'agit, ou il paraît s'agir, d'un *tic non douloureux de la face* ; mais l'affection se présente chez elle avec des caractères spéciaux qui s'éloignent considérablement du type normal.

Chez elle le spasme se produit quand nous le désirons. Vous la voyez avec un coussinet sur l'œil droit à l'état de repos ; il ne

(1) Tome III, p. 47.]

se passe rien de particulier dans la face ; mais nous allons enlever le coussinet : si nous relevons seulement légèrement, sans découvrir le globe de l'œil qui est en permanence protégé par les paupières contracturées, il se produit déjà une contraction des muscles de la face droite. Si nous découvrons l'œil, le spasme se produit plus énergiquement encore et il se fait une distorsion affreuse et fixe des traits du visage. Le résultat ne manque jamais ; repos aussitôt que le coussin est en place, contracture tant qu'il n'est pas appliqué.

L'affection actuelle a été précédée, il y a un an, d'un spasme de l'orbiculaire droit qui est survenu sans cause connue, sans douleur. Peu de temps après il se produit des crises nerveuses avec rires, pleurs, cris. En août dernier, à la suite d'une électrisation locale, le spasme de la face s'est déclaré tel qu'il est aujourd'hui.

Voici où commence la série des phénomènes étranges :

La pression exercée par ce petit coussin est bien peu de chose et d'un autre côté s'il ne s'agissait que de la pression, celle-ci devrait se montrer efficace, aussi bien lorsque nous la pratiquons nous-mêmes en appliquant le coussin et en le serrant à l'aide de bandeau que lorsque cette opération est faite par la malade elle-même. Or, cela n'a pas lieu. Il y aurait donc là une influence personnelle qui donne beaucoup à penser. Je dirai même plus qu'il ne s'agit pas seulement chez moi d'un soupçon mais d'une conviction, Oui, la jeune malade simule ou tout au moins exagère. J'admets volontiers la réalité du blépharospasme, mais pour ce qui est du spasme des muscles du domaine du facial inférieur, et du peaucier, je le crois surajouté, inventé, simulé.

Quel intérêt cette jeune fille peut-elle avoir à simuler ? Les hystériques simulent souvent sans idée bien arrêtée, par culte de l'art pour l'art. L'amour de la notoriété n'est-il pas le mobile ? Tromper ou croire tromper les médecins de Saint-Petersbourg, après ceux de Paris, passer ensuite à la Faculté de Vienne et ainsi parcourir l'Europe entière ne serait-ce pas là un motif suffisant ? »

D. — L'enfant simule par ordre. Mais chose plus incroyable : l'enfant ne simule plus volontairement, mais bien contraint et forcé par ses parents ou d'autres personnes qui en font ainsi les instruments et les com-

plices de leurs détestables et coupables machinations.

Qui le croirait? Ces faits sont plus nombreux qu'on ne pourrait se le figurer.

Un exemple très curieux et déjà ancien est l'observation donnée par Poilroux sur une « aliénation mentale qui s'est déclarée subitement et sans cause apparente chez tous les membres de deux familles composées de treize individus (1) ».

Pour des raisons que nous n'avons pas à étudier ici, les chefs de la famille obligèrent leurs femmes et leurs enfants à courir dans les rues du hameau dans un état de nudité complète, poussant des cris, vociférant, invoquant le nom de saint François, se livrant à toutes sortes d'excentricités.

L'enquête démontra que cette manie était simulée, que le père de famille mû par une cupidité inouïe, avait simulé un genre de folie la plus outrageante pour les mœurs et la plus contraire à toute notion de morale.

Il l'imposa à des femmes, à des enfants en bas âge et à des jeunes filles de dix-sept, douze, huit ans, dont la pudeur avait tant à souffrir d'un pareil rôle.

Pour venir à bout de leur exécution, des menaces de mort avaient été faites et des coups avaient même été portés à une des enfants qui voulait résister.

Eröss (2) cite une observation non moins instructive d'une amaurose unilatérale simulée par une petite fille de six ans, sur l'ordre de sa mère.

Le père raconte qu'une institutrice avait frappé son enfant à l'œil gauche. Il en serait résulté un état inflammatoire et enfin une cécité complète. Une cicatrice cornéenne étroite, allongée autour du cercle pupillaire ne pouvait vraisemblablement pas porter atteinte à la vue, c'est pourquoi le Dr Vidor, oculiste de notre Institut, pensa à la simulation. Après s'être assuré par l'examen ophtalmoscopique de l'intégrité des milieux, il recher-

(1) *Ann. méd.-psych.*, 1848, t. XI, p. 335.

(2) Ueber simulierte Krankheiten bei Kindern. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1884, t. XXI.

cha la simulation. L'enfant ayant l'œil droit bandé devait se rapprocher du docteur, mais lorsque celui-ci faisait un pas de côté, elle hésitait dans la direction et s'arrêtait. Ensuite avec l'œil droit bandé, M. Vidor faisait avec une lancette des mouvements simulés comme s'il voulait crever l'œil. Mais l'enfant avait été préparée à cette épreuve, car elle ne ferma pas les paupières et ne bougea pas la tête. Cependant ses genoux commençaient à trembler. Pour la tromper davantage et la dévoiler, le Dr Vidor examine de nouveau son œil à l'ophtalmoscope en disant à l'enfant que c'est pour la guérir, puis il lui met un verre devant l'œil, d'action nulle ou à peu près (convexe 80) et aussitôt l'enfant commence à lire les lettres Jøger I et continue sa lecture sans voir qu'on a retiré le verre.

La confession complète surprit énormément le père jusqu'au jour où il avait appris que la mère avait enseigné à sa fille à simuler pour se venger de l'institutrice qui lui avait blessé l'œil.

(A suivre.)

Revue critique.

NOUVELLES RECHERCHES CHIMIQUES SUR L'ÉPILEPSIE (1)

Par le Dr Paul MASOIN

Médecin à la colonie de Gheel,
Membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

On sait les idées si attachantes qui tendent à faire rentrer l'épilepsie dite essentielle dans le groupe des maladies dites par auto-intoxication.

Auto-intoxication, vocable heureux assurément, ce terme renferme une doctrine immense : à la fois thèse et hypothèse, il constitue quelque peu en médecine ce qu'un écrivain fameux (Nietzsche, je pense) appela une idée-force ; de fait, cette conception nouvelle de certains processus pathologiques, bien que parfois insuffisamment étayée aux yeux de l'expérimentation, a rendu d'immenses services en clinique et en rendra vraisemblablement de plus signalés encore.

Appliquée à l'épilepsie, est-on autorisé à accepter « l'auto-intoxication » avec l'aisance facile dont ce terme recouvre ce que l'on ignore ? Certes, les arguments cli-

(1) Le présent travail n'est que l'exposé succinct des expériences, discussions et conclusions consignées dans un Mémoire étendu couronné par l'Académie royale de médecine de Belgique (Concours Alvarenga, 1904). L'exposé complet avec tableaux-annexes, graphiques, etc., est publié dans la collection des *Mémoires couronnés de l'Acad. royale de méd. de Belgique*, 1904 ; *id.* dans *Arch. de pharmacod. et de therap.*, Gand, 1904 ; voir aussi *Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, déc. 1904.

niques, les données anatomo-pathologiques tendent vers cette conception de l'épilepsie idiopathique, la seule que nous envisagions dans le présent travail.

Le concept de l'auto-intoxication entraîne comme corollaire physio-pathologique l'existence d'altérations dans les formules normales des échanges cellulaires. Dans l'état actuel de nos connaissances, les recherches d'ordre chimique appliquées à l'épilepsie apportent-elles quelque élément de nature à fortifier la conviction dans un sens ou dans l'autre? C'est ce que nous nous efforcerons de rechercher dans le présent travail en y apportant notre contribution personnelle.

CHAPITRE I

PRINCIPAUX RÉSULTATS DES RECHERCHES CHIMIQUES APPLIQUÉES A L'ÉPILEPSIE

Nous nous abstiendrons ici de donner à l'exposé des travaux et aux critiques qu'ils comportent souvent les développements que nous y avons consacrés dans le *Mémoire in extenso*. Nous nous bornerons à exposer les faits qui nous paraissent acquis, basés sur des méthodes de travail aussi parfaites que le comportent de pareilles recherches.

Cet exposé comprend d'abord et surtout les recherches sur les urines et sur le sang; accessoirement, quelques essais sur la sueur et le liquide céphalo-rachidien des épileptiques; suivent, en fin de chapitre, les conclusions générales qui se dégagent de ces résultats.

A. — Recherches sur les urines.

I. QUANTITÉ, DENSITÉ, RÉACTION des urines : aucun de ces facteurs ne montre de modification quelque peu constante en relation avec les accès d'épilepsie.

II. SUBSTANCES MINÉRALES. — Les *chlorures*, non plus que les *sulfates*, ne subissent dans leur élimination d'altération particulière ou pouvant être considérée comme telle.

Phosphates. — Nous retrouvons ici un fait d'ordre assez général en physiologie : les phosphates suivent assez sensiblement la courbe d'élimination des matières azotées.

Un rapport assez constant paraît exister entre les attaques d'épilepsie et l'élimination des phosphates, les crises étant suivies d'une élimination plus grande ; toutefois, cet excès est souvent simplement compensateur d'une diminution pré-paroxystique. L'excès semble dû surtout aux phosphates alcalino-terreux, bien que les phosphates alcalins suivent également la courbe de cette élimination.

III. SUBSTANCES ORGANIQUES. — *Élimination azotée.*

— Nous en tenant aux résultats acquis par les expériences les mieux conduites — et nous citerons spécialement ici les travaux de Krainsky et ceux d'origine italienne — nous constatons une tendance générale vers la formule suivante, un peu schématique en apparence mais qui semble l'expression exacte des travaux nombreux et délicats publiés sur cette question : l'élimination de l'*azote total* (méthode de Kjeldahl) n'est guère modifiée par les accès d'épilepsie ; le fait essentiel est l'altération dans les rapports réciproques des formes où l'azote est représenté.

L'*urée* subit des oscillations souvent notables pré et post-paroxystiques (diminution avant l'accès avec excès après, ou inversement) ; d'autre part, le déficit uréique est compensé par un excès de diverses substances azotées.

Parmi ces dernières, l'*acide urique* entre en première ligne. Ce fait, sur lequel Haig attira l'attention, a été mis particulièrement en évidence par les recherches développées de Krainsky. Sans vouloir aborder ici en détail l'examen de ce côté intéressant de la question, nous estimons avec Krainsky qu'il y a — non pas élimination irrégulière de l'acide urique (Haig) — mais qu'il existe de réelles altérations dans sa formation. La production n'est guère modifiée au point de vue quantitatif absolu, elle l'est surtout dans sa répartition dans le temps.

Nous dirions volontiers que chez l'épileptique la formule de l'échange azoté a une tendance permanente à

s'altérer — et en fait s'altère souvent — dans le sens de la désassimilation uratique aux dépens de la désassimilation uréique.

En concordance avec cette formule, assurément quelque peu schématique, on constate chez ces mêmes sujets une exagération post-paroxystique de *composés azotés complexes* : bases musculaires, composés alloxuriques, etc.

Disons enfin que l'élimination des *produits sulfo-conjugués* subit également des oscillations étendues en rapport de temps avec les accès d'épilepsie.

IV. SUBSTANCES ANORMALES. — L'*albuminurie* et la *glycosurie* post-paroxystiques, quoique réelles, sont relativement rares.

L'*acétonurie* est plus fréquente ; elle se rencontre à un degré manifeste dans un tiers des cas. Suivant Neubauer-Vogel, l'acétonurie pathologique est la conséquence d'une désassimilation excessive des substances albuminoïdes.

V. RECHERCHES SUR LA TOXICITÉ URINAIRE. — Il y aurait long à reprendre à bien de ces recherches au point de vue expérimental. Aussi, nous abstiendrons-nous de formuler ne fût-ce qu'une impression d'ensemble des résultats épars dans les trente à quarante travaux qui traitent de cet objet. Il est d'ailleurs une objection fondamentale, à base expérimentale, qui semble avoir toujours échappé aux partisans de la méthode de Bouchard ; formulée voici plus de dix ans par MM. Slosse et Godart (Bruxelles), et vérifiée par nous, la démonstration fournie ne laisse place au moindre doute sur la valeur tout à fait secondaire qu'il y a lieu d'accorder aux recherches sur la toxicité urinaire. Ce procédé est applicable pour autant qu'il s'agisse d'établir des différences très considérables de toxicité ; il ne peut être utilisé pour mettre en évidence des variations relativement légères. Les coefficients d'erreurs varient du simple au quadruple, peut-être même davantage.

B. — Recherches sur le sang, etc.

Les recherches sur le sang des épileptiques apportent quelques enseignements; mais aucun des résultats ne fournit d'indication bien déterminée, ou du moins de nature à apporter des aperçus particulièrement directs sur la pathogénie de l'épilepsie.

Les variations dans la quantité d'oxyhémoglobine et dans l'activité de la réduction sont sensiblement parallèles : diminution au moment de l'accès, et relèvement lent durant la période intercalaire. Toutefois, la diminution de l'oxyhémoglobine ne répond pas toujours à une diminution correspondante du nombre des *globules rouges*. Pour ce qui regarde ce dernier point, on note des variations assez étendues et peu constantes tantôt dans le sens d'une augmentation, parfois dans le sens d'une diminution (figures de destruction globulaire); après les accès, on constate généralement un relèvement du nombre des globules rouges.

La *densité* du sang subit des modifications parallèles à l'*alcalinité* : diminution au moment des accès, relèvement post-paroxystique. Pour ce qui regarde la *toxicité* du sang, les expériences sont assez nombreuses mais peu démonstratives; s'il était possible de formuler une impression d'ensemble, il semblerait que la toxicité du sang soit moindre après les accès. Ces altérations diverses trouvent une confirmation générale dans les travaux sur l'*isotonie* du sang et sur les propriétés hémocoagglutinantes du sérum.

La décharge nerveuse qui constitue l'attaque paraît donc en rapport direct de temps avec des modifications dans les propriétés physiques, chimiques et physiologiques du sang, sans qu'il soit possible de rien inférer sur le lien commun qui régit ces altérations; le sang y participe par tous ses éléments, tant par les éléments figurés que par le sérum. Notons en terminant les expériences effectuées en vue de rechercher éventuellement les variations de toxicité du *liquide céphalo-rachidien*.

Ces expériences sont peu nombreuses et plusieurs

sont sujettes à maintes critiques au point de vue de l'exécution ; aussi, est-il difficile de formuler un jugement d'après ces premiers essais.

Nous en dirons moins encore des recherches similaires sur *la sueur* (!) des épileptiques : résultats contradictoires et sans signification aucune.

De tous ces travaux, se dégage une impression d'ensemble que nous essayerons de résumer dans les lignes suivantes.

On peut ranger les résultats en deux catégories, suivant leurs caractères positifs ou négatifs ; et, fait remarquable, ces caractères concordent avec la nature chimique des substances qui constituent chacun de ces groupes.

Le groupe des substances minérales (chlorures, sulfates) n'est guère influencé par les accès d'épilepsie. Les phosphates suivent dans leur élimination les oscillations du second groupe ; ceci est d'ailleurs conforme aux faits d'observation générale.

Le second groupe, groupe des substances organiques, subit des variations qui, sans être absolument fixes en fréquence et en intensité, revêtent cependant par leurs aspects généraux un caractère propre et de constance suffisante, tellement qu'il est presque possible de schématiser l'ensemble de ces modifications dans la formule suivante :

Augmentation des phosphates alcalino-terreux ;

Fixité de l'azote total ;

Diminution de l'urée ;

Augmentation de l'acide urique ;

Augmentation de la créatine, de la créatinine ;

Augmentation des acides sulfo-conjugués ;

Secondairement, albuminurie, glycosurie, acétonurie, substances indéterminées (ptomaines ?).

D'autre part, le sang et d'autres liquides de l'organisme présentent à l'occasion des accès d'épilepsie des modifications dans leurs propriétés physiques, chimiques et physiologiques.

Nous en tenant spécialement aux faits d'ordre chimique, une conclusion générale se dégage de ces faits : *chez un grand nombre d'épileptiques les accès s'accompagnent d'une désassimilation atypique de la substance*

albuminoïde ; altération souvent décelable dès avant l'accès, le plus souvent après, mais en aucun cas reliée à cet accès dans un rapport de cause (accès) à effet.

CHAPITRE II

RECHERCHES PERSONNELLES BASÉES SUR LA DIAZO- RÉACTION D'EHRlich

La diazo-réaction d'Ehrlich a fait l'objet de nombreux travaux ; pour son principe et son application à l'étude des urines, nous renvoyons à quelques-unes des publications spéciales à cet objet.

Il est un fait bien acquis aujourd'hui : la diazo-réaction d'Ehrlich ne se rencontre jamais chez un sujet normal ; elle exprime toujours un état pathologique. Toutefois, sa valeur diagnostique et pronostique, sa signification physio-pathologique ne sont pas fixées ; les circonstances où elle se rencontre sont en effet des plus variées. Il est très probable que l'azo-substance obtenue ne représente pas un produit identique dans les divers cas où la diazo-réaction se rencontre ; il est vraisemblable, sinon certain, que, tout en appartenant au même groupe chimique, les divers produits composants offrent entre eux de légères différences correspondant à leur diversité d'origine.

Au début de ces travaux, et sans nous préoccuper de la direction définitive que prendraient ces recherches, nous nous sommes demandé si l'application de la diazo-réaction d'Ehrlich à l'étude des urines des épileptiques ne pourrait apporter quelques enseignements soit à l'étude de l'épilepsie considérée au point de vue chimique, soit à l'étude générale des diazo-réactions. Nos efforts persévérants ont été couronnés de succès ; ce sont les résultats de ces recherches que nous résumons dans le présent travail.

Les réactifs employés en clinique sont l'acide sulfanilique, et le paramido-acéto-phénol, ce dernier d'une sensibilité exquise.

Nous les avons employés d'une manière parallèle dans l'analyse des urines soumises à notre examen.

Après quelques semaines de tâtonnements nous avons établi une échelle de teintes très simple; les spécialistes savent parfaitement qu'avec un peu d'habitude l'œil acquiert dans ce genre de travaux une précision remarquable; aussi, après exercice convenable, rien n'est plus aisé que de classer un résultat donné. Des notations (0, 1, 2, 3, 4,) correspondant aux diverses teintes observées, avec leurs intermédiaires, nous ont permis de tracer des graphiques qui facilitent singulièrement la compréhension des résultats (voir Mém. *in extenso*).

Le choix des sujets ne fut indiqué que par des considérations de facilité de travail et d'exactitude dans les observations. Tous les jours, pendant plusieurs mois, nous faisons prélever une certaine quantité des urines du matin (urines du soir + nuit + matin), celles-ci étant le moins sujettes à des variations étendues; l'examen en était pratiqué quelques heures après.

Nos études portent essentiellement sur onze sujets (cinq hommes, six femmes), d'âge variant entre vingt-cinq et quarante-cinq ans, tous atteints depuis nombre d'années d'épilepsie dite essentielle, et présentant des troubles intellectuels divers.

Les recherches comportent une durée variant de trois à huit mois d'observation quotidienne. Les observations détaillées, avec les remarques qui s'y rapportent, sont consignées dans le Mémoire *in extenso*.

Nous donnerons ici les principaux résultats et conclusions générales qui se dégagent de ces onze observations essentielles, auxquelles sont adjointes un certain nombre d'observations complémentaires.

Suivant les résultats, nous répartissons ces derniers en trois groupes, à savoir :

I. — Groupe des résultats positifs, qui comprend cinq sujets ;

II. — Groupe des résultats négatifs, qui comprend deux sujets ;

III. — Groupe des résultats intermédiaires, qui comprend quatre sujets, dont trois offrent une tendance positive, et un une tendance négative.

I. — Résultats positifs.

Chez certains sujets une attaque d'épilepsie — *a fortiori* une série d'accès — se traduit par une diazo-réaction urinaire. L'étude des caractères particuliers de cette diazo-réaction forme l'objet d'un chapitre spécial. (Voir Mémoire *in extenso*.)

Cette diazo-réaction se montre parfois quelques heures avant l'accès ; ce qui prouve — soit dit ici — qu'elle n'est pas la conséquence du paroxysme convulsif. Toutefois, elle apparaît généralement après les accès.

Quel que soit le moment de son apparition, la diazo-réaction ne semble en tout cas que très passagère. Sa durée et son intensité ne sont pas toujours proportionnées au nombre ni à la gravité des symptômes comitiaux.

Il est arrivé qu'une réaction forte corresponde à des accès d'intensité moyenne, et inversement. Toutefois, à considérer l'ensemble des résultats, il semble y avoir parfois quelque parallélisme entre l'intensité des réactions et la gravité des accidents.

C'est ainsi que chez une malade (obs. III) il nous fut donné un matin de constater une réaction d'une intensité toute spéciale, alors qu'en ce moment rien ne faisait présumer les accidents graves qui éclatèrent brusquement quelques heures après et qui menacèrent l'existence du sujet.

D'une manière générale, à ne s'en tenir qu'aux résultats d'analyses, il y a possibilité de retracer assez aisément l'allure de la maladie de certains sujets. Cette remarque est surtout applicable aux cas où l'épilepsie apparaît en jours sériés, séparés par des périodes de repos (obs. I, II, III).

Plus encore : considérés chez un même sujet pendant de longues périodes, les résultats positifs ne se montrent pas constamment au même degré et sous le même aspect. Il est donc naturel qu'opérant sur toute une série de malades, le même fait essentiel se retrouve identique, mais sous des formes et d'aspect variables. Pour le dire dès ici, ces différences répondent surtout à un fait d'ordre chimique examiné plus en détail ulté-

rieurement, à savoir : les relations physico-chimiques qui unissent les azo-substances rouge et jaune et les composés intermédiaires.

II. — Résultats négatifs.

Sur les onze malades qui servent de base à ce travail, nous avons noté deux cas formellement négatifs.

Ils concernent deux malades âgés respectivement de vingt ans (homme), et de trente et un ans (femme), sujets à des accès d'épilepsie convulsive remontant chez tous deux à une huitaine d'années.

Rien, dans les accès eux-mêmes, non plus que dans les phénomènes qui précèdent ou qui suivent la crise comitiale, ne fournit d'éléments qui distinguent ces sujets de ceux du groupe précédent.

III. — Résultats intermédiaires.

Entre les deux groupes précédents se place un groupe intermédiaire de cas, dont les uns se rattachent plutôt au premier groupe (résultats positifs), les autres au second (résultats négatifs).

Sur les onze sujets, objets de nos recherches, les résultats intermédiaires sont au nombre de quatre, dont trois montrent une tendance plutôt positive, et un une tendance négative.

Disons ici — et ceci s'applique à toutes nos recherches indistinctement — que si nous avons fréquemment noté des accès d'épilepsie en dehors de toute diazo-réaction urinaire, par contre, nous n'avons jamais observé de diazo-réaction indépendamment d'une crise convulsive.

Discussion des résultats.

La diazo-réaction d'Ehrlich ne se rencontre jamais chez un sujet normal ; c'est là un fait acquis. Il n'était pas indispensable que nous nous livrions à des recherches comparatives sur des *sujets normaux* vivant dans les mêmes conditions et soumis au même régime alimentaire que les malades confiés à leur garde. Nous l'avons

fait cependant sur trois sujets pendant un laps de temps variant de deux à trois mois. A peine est-il besoin de dire que les résultats furent formellement négatifs.

Ajoutons-y ce fait : deux épileptiques (obs. IX et X) se trouvant dans des conditions identiques de vie et d'alimentation fournirent, au point de vue des réactions, des résultats absolument différents.

Ces deux ordres de faits prouvent de toute évidence que les résultats sont absolument indépendants du genre de vie et d'alimentation des sujets ; le dernier fait rapporté permet en plus d'affirmer que les résultats expriment réellement un état propre à chacun des sujets, à leur état morbide personnel.

Nous avons également exécuté des recherches du même ordre chez différentes catégories d'*aliénés à l'état sain* : jamais nous n'avons constaté de diazo-réaction.

Nous l'avons recherchée enfin chez divers *aliénés à l'état pathologique* : en plus que dans un certain nombre d'affections intercurrentes, nous avons rencontré une diazo-réaction pure et nette chez deux sujets opposant un *refus persistant d'aliments*, indépendants de toute tuberculose. La réaction disparut avec la reprise de l'alimentation. Ces faits démontrent qu'*en dehors de l'épilepsie* — où elle revêt un caractère spécial — *une diazo-réaction exprime une désassimilation particulièrement active de l'organisme, un autophagisme intense.*

Poursuivons l'analyse des faits observés : aux onze sujets, base du travail, nous joignons deux observations complémentaires (voir Mémoire *in extenso*). Sur cette base d'études, nous classons les résultats en deux groupes : les résultats positifs déterminés et ceux à tendance telle constituent le premier, tandis que dans le second se rangent les résultats négatifs et à tendance telle ; cela étant, sur treize sujets, neuf appartiennent à la première, quatre à la deuxième catégorie.

Après avoir éliminé une série de facteurs (âge, sexe, alimentation, travail), nous ne pouvons trouver dans l'épilepsie elle-même (ancienneté de la maladie, caractères des accès, etc.), de différences correspondant à ce classement. Les seuls caractères qui distinguent ces deux groupes sont l'état mental et surtout l'*état général* des sujets.

Les résultats positifs portent sur les sujets en état d'infériorité physique, physiologique et intellectuelle. Chez ces sujets : démence profonde, idiotie, stigmates nombreux de dégénérescence, activités nutritives ralenties ; bouffissure, empâtement des tissus, troubles vaso-moteurs. Les résultats négatifs et ceux à tendance telle comprennent les sujets physiquement bien constitués ; les malformations, les asymétries craniennes et faciales, les stigmates de dégénérescence si marqués chez les premiers ont relativement épargné les seconds ; l'état psychique est supérieur aussi chez les sujets du second groupe comparativement à ceux du premier. Bref, chez les sujets à *résultats positifs* : dégénérescence physique avec les *infériorités physiologiques* qui en résultent ; ce qu'en langage physiologique nous exprimons en disant : qu'à ces *grossières déviations de l'organisme constitué répondent des altérations similaires dans chacun de ses éléments constitutifs, dans l'organisation, dans l'activité, dans la vie de chacune des cellules constitutives de cet organisme.*

Examinons de plus près les liens qui unissent les deux ordres de faits : altérations des échanges (dont la diazo-réaction n'est qu'un fait particulier) et accès d'épilepsie.

Il serait difficile d'aborder ici comme il conviendrait la discussion des divers points que soulève cette question essentielle en l'espèce ; nous nous bornerons à tracer les lignes générales de la démonstration et à énoncer les principaux faits sur lesquels elle s'appuie.

D'abord quelle est l'origine de la substance à diazo-réaction ? Prend-elle naissance dans le tube digestif, ou bien est-elle d'origine tissulaire ? questions complexes à première vue, mais qu'une série de considérations appuyées de faits positifs simplifient dans une ample mesure. Au surplus, pour les détails que cette discussion comporte, il est indispensable de s'en rapporter au *Mémoire in extenso*.

Remarquons les faits suivants :

A) On ne peut concilier l'origine intestinale de cette substance (production irrégulière dès lors, sinon plus ou moins continue) avec sa présence intermittente dans les urines, son apparition se trouvant elle-même en relation chronologique de temps avec les accès

d'épilepsie. Le fameux argument, *post hoc ergo propter hoc*, se montre ici en germe : raisonnement aisé, périlleux toujours, et ici moins fondé que jamais.

B) *La diazo-réaction dans l'épilepsie n'est qu'un cas particulier du trouble général qui affecte la plupart des éliminations* (voir chap. I).

Bien que revêtant à certains égards un caractère d'ordre général, l'ensemble de ces altérations présente cependant une remarquable unité fondamentale : il y a, non pas simplement élimination de substances anormales, mais bien une altération (renversement?) dans le schéma normal des éliminations et spécialement de l'élimination azotée. Ce fait et, plus encore peut-être, la nature particulière des produits éliminés, ne sont pas les caractères propres aux altérations fonctionnelles du tractus digestif. Les caractères spéciaux de ces éliminations leur assignent une origine supérieure, une origine tissulaire.

On sait que des états morbides des plus dissemblables s'accompagnent fréquemment d'une diazo-réaction. Il est incontestable que cette réaction n'est pas due à une substance identique dans les divers cas où une diazo-réaction se rencontre (1). L'existence d'une diazo-réaction devient ainsi un symptôme de séméiologie générale à peu près au même titre que la présence d'albumine ou de glucose dans les urines.

C'est à une conclusion du même ordre que tendent nos recherches : les résultats positifs et ceux à tendance telle portent sur les sujets en état d'infériorité physiologique ; ils expriment un état morbide tout personnel du sujet épileptique.

Nous ne considérons donc pas les altérations dans les éliminations urinaires (et dont la diazo-réaction n'est qu'un cas particulier) comme la conséquence de la crise, car elles précèdent parfois l'accès ; elles ne sont pas non plus la cause de l'accès, car ces altérations font souvent défaut. Ni cause, ni effet de l'épilepsie, ce sont des *phénomènes juxtaposés, surajoutés*, qui appartiennent à la maladie dans son entité complète, mais qui

(1) Nos recherches de caractère purement chimique ont notamment démontré ce fait pour l'épilepsie.

n'en font pas nécessairement et essentiellement partie intégrante ; c'est-à-dire qu'il peuvent faire défaut chez certains malades et que chez d'autres ils subissent toutes les modalités possibles (résultats intermédiaires, résultats négatifs).

Chacun de ces troubles (modifications urinaires, sang) apparaît ainsi comme l'expression de l'état morbide général du sujet, conclusion expérimentale qui trouve sa confirmation dans les symptômes cliniques relevés chez ces malades.

Nous dirons peu de chose de la diazo-réaction considérée au point de vue chimique (1).

Parmi les divers faits qui ressortent de nos recherches spéciales au point de vue de l'épilepsie, nous mentionnerons simplement celui-ci : l'azo-substance obtenue, tout en se rapprochant par de nombreux caractères de celle observée dans la tuberculose (celle-ci prise toujours pour type) en diffère par certains autres (tonalité de teinte, extraction par l'alcool amylique, stabilité, etc.). Quant à la signification physio-pathologique de la diazo-réaction, nous nous rapportons aux auteurs qui se sont spécialement occupés de ces questions, à savoir : Clemens et Brieger. Nous dirons avec eux que la diazo-réaction semble due à des produits anormaux de décomposition des matières albuminoïdes ; que ces corps appartiennent probablement à la série grasse ; que, par conséquent, la *diazo-réaction indique des troubles du métabolisme des matières protéiques*.

Ces conclusions viennent de trouver un heureux appui dans les importantes recherches d'un chimiste français, L. Monfet, qui a démontré les *relations qui existent entre la diazo-réaction, la présence d'acides sulfo-conjugés et la destruction anormale des matières albuminoïdes* (Société de Biologie, Paris, 1903). Les recherches de cet auteur forment le trait d'union entre nos recherches personnelles et les travaux de nos devanciers, particulièrement de ceux ayant trait aux échanges azotés dans l'épilepsie (2).

(1) Ce point de vue particulièrement étudié dans l'épilepsie est longuement examiné dans nos travaux *in extenso*.

(2) Diverses considérations appuyées d'expériences en cours

Une tendance commune se dégage donc des travaux en apparence les plus dissemblables ; cette conformité générale dans les résultats est le plus sûr garant de la véracité de chacune des conclusions.

Ces faits paraissant bien établis, quelles relations existe-t-il dès lors entre les altérations du métabolisme et l'épilepsie ?

Comment, par quels liens ces faits pourraient-ils se rattacher aux idées qui font de l'épilepsie dite essentielle une maladie des échanges, au sens le plus étendu de ces termes ? « L'auto-intoxication » ainsi comprise, appliquée à l'épilepsie, trouve-t-elle dans ces faits un appui ? dans quel sens, et dans quelle mesure ?

C'est ce que nous nous efforcerons d'esquisser dans le chapitre suivant, tout en avouant dès ici qu'il est de toute impossibilité de fournir actuellement une réponse quelque peu formelle à ces multiples questions.

CHAPITRE III

ÉPILEPSIE ET AUTO-INTOXICATION

Les faits que nous avons exposés, avec la contribution que nous avons apportée, constituent assurément dans leur ensemble, de sérieuses présomptions en faveur des idées si attachantes qui font de l'épilepsie — du moins de certains cas — une maladie dont le point de départ se trouve dans les tissus eux-mêmes, une véritable maladie des échanges au sens le plus étendu de ces termes.

Telle est, d'ailleurs, notre conviction intime. Et cependant, la vérité scientifique ne permet pas encore d'affirmer cette thèse avec l'assurance qui convient en pareille matière. Nous estimons, en effet, que les arguments d'ordre clinique ne suffisent pas en pareil objet ; que si, des considérations d'ordre étiologique et théra-

d'exécution nous induisent fortement à penser que dans le cas de l'épilepsie, paralysie générale (Mémoire *in extenso*), la diazo-réaction observée est associée à la présence de produits qui offrent avec la neurine et la choline des liens très intimes de relation.

peutique tendent également vers cette conception, toutes ces présomptions, ces motifs aux divers degrés de la certitude, ne fournissent pas encore la preuve formelle qu'il en est réellement bien ainsi; en tous cas, il nous paraît prématuré d'admettre cette thèse comme doctrine établie, ainsi qu'on y tend trop aisément aujourd'hui.

Nous avons vu d'autre part l'incertitude, les variations des résultats expérimentaux. L'ensemble de ces résultats — et précisément ceux-là surtout qui ressortent des expériences les mieux conduites — l'ensemble, disons-nous, tend à prouver que l'organisme des épileptiques est le siège d'un métabolisme anormal, d'une désassimilation atypique, portant particulièrement sur les substances albuminoïdes.

Mais encore, est-ce suffisant pour proclamer comme établie la théorie de l'auto-intoxication? Nous ne le pensons pas. Les résultats négatifs sont trop nombreux pour qu'on puisse s'autoriser à ne pas en tenir compte. Nous pensons tout au moins, que la théorie de l'auto-intoxication, exacte en elle-même, et d'une grande simplicité apparente, est en réalité infiniment plus complexe qu'elle l'a paru à la plupart des auteurs qui l'admettent comme fait établi.

Et d'abord, on a eu tort de vouloir enserrer les phénomènes biologiques observés, et notamment l'altération des échanges, dans les termes d'un dilemme essentiellement conçu dans ces termes : ou bien les altérations des échanges sont la conséquence des accès, ou bien les paroxysmes convulsifs sont la conséquence de l'altération des échanges.

A diverses reprises, au cours de ce Mémoire, nous avons déjà laissé entendre que la seule superposition des faits doit formellement faire exclure la première hypothèse.

La seconde est, *a priori*, d'une réfutation moins aisée. Bornons-nous à rappeler ici; que si l'altération des échanges apparaît généralement après l'accès, elle s'annonce souvent un à deux jours à l'avance. Il y a lieu de tenir compte aussi des phénomènes d'épuisement consécutif à l'accès et notamment des conditions de la circulation rénale (perméabilité?), circonstances de

nature à retenir dans le sang, sinon dans les tissus, les substances anormales qui devraient s'éliminer. Enfin, et surtout, nous constatons souvent chez des sujets à résultats positifs que la réaction — et avec elle les altérations concomitantes — fait totalement défaut.

A notre avis, chacune de ces hypothèses, exclusives l'une de l'autre, renferme à la fois une part de vérité et d'erreur. Nous pensons, ainsi que nous l'avons déjà exprimé plus haut, que *la désassimilation atypique dont l'organisme de certains épileptiques est le siège, est un phénomène juxtaposé qui n'est relié par aucun lien direct de causalité à la crise convulsive, non plus qu'inversement. C'est un élément surajouté qui exprime un degré plus accusé de l'état morbide, ne faisant donc pas nécessairement partie intégrante et essentielle de la maladie.*

Cette tendance atypique dans la marche des échanges cellulaires existe néanmoins, pensons-nous, à un degré quelconque chez tous les sujets épileptiques ressortissant de l'épilepsie idiopathique. Mais il est vraisemblable que des phénomènes de compensation suppléent utilement chez un grand nombre de ces malades, tellement que les tendances atypiques, latentes chez eux dans les conditions ordinaires, ne se manifestent que rarement et généralement d'une manière incomplète; neutralisées (?), effacées en quelque sorte dans les conditions habituelles de vie et de maladie, elles échappent à nos moyens ordinaires d'investigation, et, partant, sont déclarées inexistantes.

On comprendrait aisément ainsi les irrégularités nombreuses dont ces faits sont l'objet chez un même sujet; on comprendrait notamment les résultats intermédiaires obtenus par nous-mêmes, tant ceux à tendances positives que ceux à tendances négatives; on comprendrait enfin ainsi les variations, les modalités nombreuses que ces faits offrent dans leur extériorisation. Et on conçoit d'autre part aussi combien ces irrégularités dans les résultats sont de nature à jeter le trouble et la confusion dans les idées.

Ces faits — nous y insistons à dessein — sont d'ordre général; leur interprétation s'applique indistinctement à toutes les modifications signalées, et dont la diazo-réaction n'est qu'un cas particulier.

Mais tout ceci, on le voit, n'explique pas encore le lien qui chez certains sujets relie ce double ordre de faits dans un rapport de parallélisme sensible, de juxtaposition : altération des échanges et accès. Nous touchons ici en effet aux actions les plus complexes, les plus délicates de la chimie cellulaire ; ce qui nous amène à tracer les grandes lignes du problème tel qu'il se présente d'après nous, particulièrement au point de vue expérimental.

La chimie des cellules, on le sait bien aujourd'hui, se confond avec l'importante question des ferments solubles, question capitale en chimie biologique par la répartition et le rôle de ces facteurs dans l'organisme vivant.

Nous savons l'importance si grande des glandes à sécrétion interne dans la nutrition générale et dans le développement de l'individu, comme aussi de la sécrétion interne des glandes à sécrétion externe. Bien que la formule de ces actions chimiques complexes soit encore incertaine, tout tend cependant à faire admettre que ces substances labiles agissent à la manière des ferments solubles.

Il est hors de doute que les études futures sur la chimie des tissus, des sécrétions et des liquides plasmatiques ne viennent confirmer et étendre en doctrine générale l'enseignement spécial qui se dégage des cas particuliers aujourd'hui connus. Elles y ont d'ailleurs déjà réussi en grande partie en nous démontrant combien est générale l'intervention des ferments dans les phénomènes biologiques, combien leur rôle est immense dans la vie de l'organisme.

Ce sont les ferments diastasiques, les ferments protéolytiques, les ferments saponifiants des graisses, etc., ferments solubles très nombreux dont les recherches en cours ont d'ores et déjà démontré l'existence là où on les soupçonnait à peine ; tous principes à actions si puissantes et si grandes, que ces réactions chimiques se confondent presque avec la notion de la vie, sans cesse renouvelées bien que toujours détruites.

Et plus loin dans le sang, c'est le fibrin-ferment, un ferment diastatique, le ferment glycolytique, l'entérokinase, la lipase. Comment pourrait-on supposer que les tissus puissent échapper à cette ambiance qui les

imprègne et par laquelle ils vivent? Si ces faits n'étaient pas aujourd'hui démontrés, — les oxydases et les ferments autolytiques intracellulaires de Salkowsky et de Jacoby (1) nous en ont donné encore récemment l'assurance, — on devrait les imaginer de toutes pièces : la notion des ferments cellulaires est une nécessité physiologique, tellement qu'on peut dire que cette notion est liée à la notion de la vie elle-même.

Cette digression sur le terrain de la physiologie s'imposait. A la lumière de ces faits, la doctrine des auto-intoxications se dégage d'elle-même ; si, longtemps elle put mériter le reproche d'avoir parfois dépassé les faits, cette doctrine est assise aujourd'hui sur une base solide.

Nombreuses, en effet, sont les substances toxiques à réaction alcaloïdique qui ont été signalées dans l'organisme normal ; leur formation est le résultat des processus normaux d'assimilation et de désassimilation sous l'action des ferments cellulaires.

Dans les conditions normales, à un travail de formation continue correspond un travail compensateur de destruction et d'élimination. Qu'à un moment donné, sous l'une ou l'autre cause exogène ou endogène, ce travail de formation vienne à s'altérer, à s'écarter du type normal, le processus de destruction ne pourra exercer une action salutaire qu'à condition d'être exactement compensateur de cette formation anormale.

Qu'une accumulation de substances toxiques provienne d'une formation excessive ou d'une destruction insuffisante — peu importe pour le moment ; qu'elle résulte en partie d'un trouble dans les actions physiques dont les cellules sont le siège (spécialement dans les phénomènes de diffusion) — c'est possible, même probable pour quelques-unes de ces substances. Mais *ces produits sont surtout le résultat d'une action cellulaire (vitale?) par l'intermédiaire des ferments solubles dont dispose chaque cellule de l'organisme suivant sa fonction et ses propriétés spéciales.*

Considérant en elles-mêmes les altérations diverses notées dans les échanges chez les épileptiques (sub-

(1) Voir aussi le récent article de Hamburger : Les substances colloïdes et leur signification pour les sciences médicales (1904).

stances minérales, substances azotées, acétone, diazo-réaction), *nous les estimons simplement un cas particulier de ce qui se présente dans tout état morbide.* Mais, rapportées à l'état morbide étudié, et particulièrement à la crise convulsive, nous croyons que ces deux termes, *altérations des échanges et crise convulsive, sont des manifestations parallèles d'un même état pathologique fondamental : une déviation dans la marche des réactions cellulaires en dépendance des ferments solubles.*

Symptômes parallèles donc et indépendants l'un de l'autre, *mais relevant d'une cause commune ; une altération dans le cycle des échanges cellulaires primordiaux.* Que, dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne puissions pas encore traduire en équation chimique l'altération typique propre à l'épilepsie, peu importe en soi. Et même arriverait-on à formuler suffisamment le schéma de ces éliminations, cela ne prouverait pas encore que l'épilepsie soit réellement *due* à ces altérations du métabolisme cellulaire. Nous pensons même qu'en principe on aurait tort de s'attacher outre mesure à des modifications dans les échanges azotés, dans l'élimination des substances minérales, etc. Les altérations primordiales et fondamentales des échanges cellulaires sont sans aucun doute d'une nature tellement délicate qu'elles échappent presque à nos moyens actuels d'investigation. Avant d'affirmer davantage, il faudrait pouvoir pénétrer plus encore la chimie de la cellule vivante, la saisir en quelque sorte au passage, en fixer l'état normal ainsi que ses altérations à divers temps, pré et post-paroxystiques. Mais ce qu'on ne peut faire pour les tissus, il n'est pas complètement impossible de le pratiquer pour le sang, à quelques points de vue spéciaux, bien entendu ; sans attacher à ces derniers faits considérés en eux-mêmes, plus d'importance qu'il ne convient, il est bien remarquable qu'ici les résultats soient infiniment plus constants que dans n'importe quel ordre de recherches.

On voit donc, qu'en dépit de certaine simplicité apparente, cet aperçu de la question, dans la forme où nous la posons, est loin de donner satisfaction complète à l'esprit. On entrevoit à peine le mécanisme de l'assimilation et de la désassimilation normales ; com-

ment pourrait-on convenablement aborder les études similaires dans le domaine de la pathologie?

Que les causes les plus diverses puissent exercer sur les fonctions cellulaires des influences multiples, aussi puissantes que variées, — c'est possible, même probable. Que les ferments intra-cellulaires, ferments si nombreux et si actifs, dont l'intégrité se confond presque avec celle de la vie elle-même, que ces ferments puissent subir dans leur composition et dans leurs fonctions les atteintes des infections ou des intoxications auxquelles on rapporte volontiers l'épilepsie, — c'est possible encore, mais ce n'est pas prouvé.

Que cette adultération du métabolisme cellulaire soit transmissible et capable de se régénérer, comme le sont les ferments eux-mêmes — c'est toujours possible; et le rôle des ascendants simplement intoxiqués (infection, alcoolisme, ivresse) dans la production de l'épilepsie chez les descendants trouverait dans cette considération une explication bien facile. Mais encore une fois, sur tous ces points, nous savons peu de chose en regard de ce qu'il y aurait à connaître. Aussi, ne pourra-t-on nous donner tort lorsque nous disons : la théorie de l'auto-intoxication est vraisemblable, elle est même très probable, — et personnellement nous en sommes convaincu, — mais elle est prématurée.

On nous reprochera peut-être d'avoir laissé dans l'ombre les arguments d'ordre anatomique. Nous reconnaissons évidemment l'influence que des lésions cérébrales bien déterminées peuvent exercer dans la production de l'épilepsie, encore que le nombre de cas de lésions cérébrales graves non accompagnées d'accidents épileptiques soient loin de constituer des curiosités cliniques. Mais nous attachons une importance tout aussi grande aux nombreux cas absolument négatifs, nous appuyant particulièrement à cet égard sur les affirmations si formelles de Marinesco, encore récemment exprimées au Congrès de Naples (1899) : d'une part des lésions banales, d'autre part des lésions inconstantes qui doivent être considérées non comme la cause, mais comme le résultat de l'épilepsie. On comprend aussitôt l'appui que de pareils faits, et bien observés, apportent à la théorie de l'auto-intoxication.

D'ailleurs, quelle que soit l'opinion qui triomphe un jour, théorie physiologique, anatomique, auto-intoxication, voire même toutes ces théories combinées à la fois, — car elles ne s'excluent mutuellement en aucune manière, — chacune de ces théories ne représente encore qu'une partie de la question; apparemment simplifié, le problème ne se trouve pas de ce fait complètement résolu : il faut dans tous les cas, et quelle que soit l'opinion à laquelle on s'attache, admettre comme base de la maladie une faiblesse spéciale de la cellule nerveuse, une faculté convulsivante supérieure à la normale, bref, cet état désigné du terme vague et cependant incontestable, la prédisposition.

Nous en tenant donc uniquement au point de vue spécial où nous nous sommes placé, nous estimons qu'ici encore, comme pour foule d'autres phénomènes biologiques, il appartient à la chimie de décider en dernier ressort. Et si jamais, suivant l'heureuse expression de Charcot, « la grande énigme de la pathologie » vient un jour à livrer son secret, de nouveaux problèmes, de plus troublants peut-être, viendront solliciter l'intelligence et l'activité de l'homme : le pourquoi et le comment des choses se renouvellent sans cesse, stimulants heureux pour l'esprit humain avide de vérité, malgré les peines inouïes que coûte chaque parcelle arrachée à l'erreur. « Tout ce que peut notre faible intelligence, c'est d'apercevoir quelque apparence du milieu des choses, dans un désespoir éternel d'en connaître ni le principe, ni la fin. » (Pascal.)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1905

Présidence de M. CH. VALLON

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Colin, Lapointe, Lwoff, Philippe, Thivet et Vurpas, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Bombarda, secrétaire général du XV^e Congrès international de médecine de Lisbonne, remerciant la Société de vouloir bien donner son adhésion au Congrès et de s'y faire représenter par des délégués ;

2° Une lettre de M. Dromard, qui abandonne sa candidature au prix Esquirol et demande l'autorisation de retirer son manuscrit. — Accordé ;

3° Une lettre de M. Picqué, chirurgien en chef des asiles d'aliénés de la Seine, sollicitant le titre de membre titulaire. — Commission : MM. Christian, Kéraval, Magnan, Toulouse et Vigouroux, rapporteur ;

4° Une lettre de M. Buvat, ancien interne des asiles de la Seine, sollicitant le titre de membre correspondant. Commission : MM. Dupain, Pactet et Antheaume, rapporteur ;

5° Une lettre de M. le D^r Haskovec, de Prague, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Vallon, Moreau (de Tours), et Ritti, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Zur Lehre von der Amentia*, par M. Erwin Stransky ;

2° *Kasuistischer Beitrage zur Kenntniss einer besonderen insidiösen durch das Fehlen der Krampfanfälle charakteristerien Form des Status epilepticus*, par M. Al. Pilcz ;

3° *Intorno alla genesi del carattero criminale*, par M. Del Greco ;

4° *Psichiatria e neuropatologia*. Discours d'ouverture du XII^e Congrès de la Société de Phréniatrie, par M. Enrico Morselli ;

5° Travaux de la Faculté de médecine de l'Université impériale japonaise de Tokio, Fascicule V ;

6° *Journal la Tempérance*, numéro de février ;

7° *Revue de l'hypnotisme*, numéro de février ;

8° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéro de février ;

Sur la proposition de M. Marcel Briand, la Société décide d'envoyer son adhésion au Comité exécutif de la réception des médecins anglais à Paris. Elle vote, en outre, une somme de 100 francs, qui sera versée au trésorier de ce Comité.

Rapport de candidature.

M. ANTHEAUME. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Ritti, Semelaigne et Antheaume, rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature de M. le D^r Sizaret au titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique. Notre distingué confrère, qui occupe actuellement le poste de médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Méen à Rennes, est loin d'être pour vous un inconnu, car son entrée dans la carrière psychiatrique est déjà ancienne et c'est à lui qu'ont été confiées les délicates fonctions de secrétaire général du prochain Congrès de médecine mentale.

Après d'excellentes études faites à la Faculté de médecine de Nancy, M. le D^r Sizaret — fils d'un médecin aliéniste connu — s'est spécialisé dans l'étude de

l'aliénation mentale en occupant tour à tour les postes d'interne en médecine à l'asile de Châlons et à l'asile de Maréville.

En 1888, il soutient sa thèse inaugurale sur un sujet toujours d'actualité : « La simulation de la folie. » Nommé médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés au concours d'adjuvat, cette même année, il occupe successivement, de 1889 à 1897, les postes de médecin-adjoint des asiles d'aliénés de Châlons-sur-Marne puis de Larochegandon (Mayenne).

En octobre 1897, notre distingué confrère est promu chef de service et, en cette qualité, il se voit confier les fonctions de directeur-médecin à l'asile d'aliénés de Saint-Ylie (Jura), fonctions qu'il a occupées jusqu'en mai 1903, date à laquelle il est devenu médecin en chef de l'asile de Rennes.

Durant cette carrière psychiatrique déjà longue, M. le D^r Sizaret a donné de multiples témoignages de son activité scientifique.

Dès 1891 il présentait à notre Société, par l'intermédiaire du regretté Rouillard, une intéressante « observation de suicide dans la paralysie générale » ; à Châlons, à Dôle, à Rennes, il a rédigé, en qualité d'expert près les tribunaux de nombreux et importants rapports médico-légaux ; pendant ces deux dernières années il a publié dans le *Bulletin de la Société médicale et scientifique de l'Ouest* une série de travaux relatifs à la « vaccination dans les asiles d'aliénés » et des mémoires sur « un cas de gangrène hystérique », sur « un cas de corps étranger des voies digestives chez une aliénée » ; enfin, il a préconisé un nouveau mode de traitement de l'accès épileptique qui est surtout un palliatif « le traitement de la crise d'épilepsie à l'aide d'inhalations d'oxygène ».

Messieurs, je crois inutile d'insister davantage sur les titres et travaux scientifiques du D^r Sizaret ; votre commission est unanime pour vous proposer de conférer à ce confrère distingué et sympathique le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Conformément à ces conclusions, M. Sizaret est nommé à l'unanimité membre correspondant.

Genèse du mensonge chez certains enfants mentalement anormaux,

par MM. J. PHILIPPE et G. PAUL-BONCOUR.

Les questions relatives aux mensonges morbides ont été trop souvent examinées, soit au point de vue pathologique, soit au point de vue médico-légal, pour que nous puissions aborder, dans une simple note, l'histoire de la question : rappelons seulement les communications faites, ces dernières années, à la Société de médecine légale par MM. Gilbert Ballet, Vallon, Motet et Garnier, etc., et, durant ce semestre, les leçons (encore inédites) que M. Dupré vient de consacrer à la question générale du mensonge morbide et à ce qu'il appelle la *mythomanie*.

Nous abordons ici, non point l'ensemble, mais un point très spécial de ces questions : « A quoi tient, chez « certains enfants anormaux, l'habitude plus ou moins « consciente de mentir. »

Dans une communication sur les auto-accusateurs, M. Gilbert Ballet a déjà signalé l'importance qu'il y a à distinguer en deux groupes ces menteurs-malades : d'un côté, ceux qui sont sur les frontières du délire, et, de l'autre, ceux qui suivent une impulsion tout en sachant plus ou moins qu'ils mentent; ils en ont plus ou moins conscience, et parfois arrivent, à un moment, à se rectifier eux-mêmes.

Mais cette séparation entre les divers groupes d'adultes, est-elle applicable à des groupes d'enfants? M. Gilbert Ballet ne les englobe pas dans sa classification; et M. Dupré a encore accentué la différence dans son étude sur les auto-accusateurs, en signalant la rareté de cette forme de mensonge chez les enfants; c'est un mensonge d'adulte.

*
* *

Nous voudrions précisément montrer que le mensonge, chez les enfants que nous avons étudiés, est toute autre chose que chez l'adulte normal : qu'il tient, chez l'un, à une déformation, tandis que c'est, chez l'autre, une

véritable *non-formation*, ce qui est bien différent. Il faut se garder, surtout en pareille matière, d'interpréter la mentalité de l'enfant à l'aide de ce que nous savons de celle de l'adulte : il existe, en effet, de l'une à l'autre, au moins autant de différences que d'un organisme d'enfant à celui d'adulte, et les questions de croissance sont ici capitales.

Les observations que nous avons recueillies (1), depuis plusieurs années, surtout chez des enfants qui, tout en fréquentant les écoles, sont des mentalement anormaux, nous ont convaincus que les enfants qui sont systématiquement et naturellement menteurs le sont, le plus souvent, faute d'avoir acquis, comme tout enfant normal, la faculté de ne pas mentir. Les moralistes et les philosophes soutiennent volontiers que l'enfant dit naturellement la vérité (2) : nombre de médecins refuseraient, et pour cause, de souscrire à cette affirmation. Et nous avons précisément constaté que chez la plupart de ces enfants mentalement anormaux, l'habitude du mensonge n'est, le plus souvent, que la persistance d'un caractère infantile. L'enfant qui se développe mal ou incomplètement reste menteur, et c'est celui qui se développe bien qui ne ment que lorsqu'il le veut.

Pourquoi en est-il ainsi?

L'enfant, même normal, reste pendant longtemps incapable de distinguer le vrai du faux au sens où l'adulte prend ces mots; et cela dure tant que son organisme mental n'a pas, comme son organisme sensoriel, atteint un développement suffisant pour bien percevoir ces différences.

On sait combien longtemps l'œil, l'oreille du jeune enfant restent incapables de différencier les couleurs, les sons, etc., et, par conséquent, de lui fournir les éléments nécessaires pour des perceptions différentes. De même, les rapports et les associations mentales qui sont, pour l'esprit de l'adulte, les signes et les marques

(1) On en trouvera quelques-unes dans l'Introduction à l'étude des *Ecoliers mentalement anormaux*, par J. Philippe et G. Paul-Boncour (Paris, F. Alcan, 1903).

(2) J. Sully. *Etudes sur l'Enfance*, p. 364.

de la vérité ou de l'erreur, n'existent pas encore pour l'esprit de l'enfant : il ne les perçoit pas, ou mal. Il ne voit donc pas encore les marques qui sont pour nous significatives d'erreur ou de vérité et toutes les idées qui lui traversent le cerveau encore imparfaitement développé ont à ses yeux même valeur, parce qu'il ne sait encore ni par quels signes distinguer des fantaisies de l'imagination les réalités vues et senties, ni par quelles marques ses résidus de perceptions réelles diffèrent des résidus de ses rêves ou d'hallucinations.

Mais l'enfant normal apprendra peu à peu, et précisément par le développement régulier de sa mentalité, ces choses qu'il ne sait pas encore : il arrivera ainsi à saisir, comme les nuances des couleurs et des sons, les nuances qui distinguent le vrai du faux, à les bien discerner et à savoir les exprimer; et c'est grâce à cette éducation qu'il deviendra capable de ne plus mentir, sauf lorsqu'il le voudra.

Supposons, au contraire, que l'esprit de cet enfant se développe mal, incomplètement ou même pas du tout. On comprend encore facilement pourquoi cet anormal, incapable de saisir et de réfléchir, suivra fatalement son impulsion et continuera de répondre vrai ou faux, indifféremment, aux questions qui lui sont posées ou qu'il se pose. Sa croissance mentale a subi ou continue de subir un véritable arrêt de développement, et c'est le point de vue auquel il faut se placer pour comprendre et expliquer ces habitudes de mensonges chez les écoliers mentalement anormaux.

Voyons de plus près par quelles étapes passe l'enfant au point de vue qui nous occupe.

I

Les tout petits enfants, normaux ou anormaux, ont deux manières de mentir :

Très souvent, ces enfants ne comprennent pas ce qu'on leur demande, parce que l'adulte n'emploie pas les termes dont ils ont l'habitude ou parce que ces termes se présentent éclairés par des associations qui ne sont rien pour eux. En pareil cas, il ne faut pas s'éton-

ner que souvent ces enfants répondent indifféremment *oui* ou *non* aux questions que nous leur posons : ils ne les comprennent pas et y répondent uniquement pour nous dire quelque chose.

Plus développé, l'enfant substituera à ces *oui* et *non* indifférents, un simple « *je ne sais pas* » ; cela ne signifie nullement qu'il ignore, mais bien qu'il *ne comprend pas* ce que l'adulte lui demande. — C'est déjà un progrès sur l'état précédent ; de tels enfants ne seront qualifiés de menteurs que si l'adulte qui les interroge ne voit pas que ses questions dépassent leur niveau mental et prend au pied de la lettre le *je ne sais pas* qu'on lui répond.

Moins un enfant est développé, moins son expérience est ferme et bien définie. L'esprit infantile d'un petit enfant n'a qu'une perception confuse des circonstances d'un fait, des conditions de temps, de lieu et de personnes : pourquoi verrait-il les inconvénients de substituer telle circonstance ou telle date à telle autre ? Pour lui, ce n'est pas, comme pour nous, telle circonstance *et non* telle autre, telle personne *et non* telle autre : c'est une circonstance *ou bien* une autre, une personne *ou bien* une autre, etc., et ni ses souvenirs ni ses perceptions ne sont assez fermes pour lui permettre de séparer, dans les idées que lui suggèrent nos questions, d'un côté ce qui est, de l'autre ce qui n'est pas réel.

L'enfant à cet âge — ou à ce stade de développement mental — ne voit donc aucun inconvénient à déplacer et interchanger les circonstances de temps ou de lieu, les personnes et les choses. Rien de cela n'a pour lui une valeur absolue, parce que ni ses souvenirs ni ses perceptions ne sont assez fermes ; or, c'est précisément en attribuant à toutes les circonstances des faits leur valeur absolue que l'adulte évite le mensonge inconscient.

II

Ce n'est d'ailleurs là qu'un premier stade, et la plupart des enfants anormaux, quand leurs tares mentales ne sont pas trop profondes, y échappent assez rapidement. Mais quand le développement mental est assez

avancé pour que l'enfant dépasse ce premier degré, on trouve encore, dans ses mensonges, un élément, tout autre, résultant de l'apport de l'imagination et de la fantaisie qui se mêlent ou se substituent à la réalité, sans que le faible développement mental de cet enfant lui permette de discerner les caractères qui différencient le réel d'avec l'irréel, et qui sont si nets pour un adulte normal.

Comment cela se passe-t-il ?

Durant les premières années de l'enfance, — et longtemps chez les anormaux, le monde de l'imagination et celui du réel se mêlent constamment dans l'esprit de l'enfant. C'est la croissance normale de sa mentalité qui lui apprendra à séparer ces deux éléments : fantaisie, qui correspond à l'irréel et au mensonge ; expérience, qui représente la réalité et la vérité.

A mesure que notre mentalité se développe normalement, l'habitude et l'expérience endiguent l'imagination et bornent la fantaisie ; la mémoire, aidée du sens du temps qui fixe les dates, forme toute une série de souvenirs qui constituent la trame de notre existence et le revêtement de notre personnalité : c'est à tout cela que l'adulte normal rattache à chaque réveil son premier acte de la journée et les suivants. Dans toute cette trame, dans le monde réel ainsi formé et fermé, comment pénétreront les éléments des rêves, si différents de la réalité, discontinus, épars, etc. ? L'adulte normal est armé contre tout cela (1).

Mais, pour l'enfant anormal, si mal équilibré qu'il ne peut se maintenir droit, il en va tout autrement. Son développement reste imparfait, sa mentalité s'est formée irrégulièrement et reste informe, et c'est précisément à cause de cela qu'il ne peut séparer, en les distinguant, le vrai du faux et le réel de l'imaginaire et du rêve.

Tous ceux qui ont étudié les arriérés et certains autres anormaux savent combien il leur est difficile de s'orienter dans leur vie et dans les diverses circonstances qui les entourent ; le D^r Ley note avec raison combien ils loca-

(1) J. Philippe. La véracité des enfants (*Corresp. gén. de l'Enseig. prim.*, déc. 1892. — H. Beauvis note, dans le même recueil, l'influence de la suggestibilité infantile.

lisent mal dans le temps et dans l'espace : les dates, les lieux, etc., n'ont pour eux qu'une importance relative. Pour l'enfant dont l'esprit s'éveille à peine, tous les événements passés sont volontiers sur le même plan au passé : hier, la semaine dernière, le mois ou l'an passés se confondent tous en un vague lointain. De même pour les distances : c'est au fur et à mesure de son développement mental que l'enfant apprendra à discerner entre hier et la semaine ou le mois passés, etc., et à se rendre compte de la valeur relative des distances qu'il voit, de la valeur de celles dont on lui parle en se référant à ce qu'il sait.

Mais si ce développement ne se fait pas ou se fait mal ?

Chez les anormaux dont nous parlons ici, l'esprit n'arrive pas à situer exactement les dates et les lieux, et de même pour toutes les autres circonstances pour lesquelles il nous faut des points de repère exacts. Chez lui, faute d'une croissance mentale normale, toutes ces localisations ne se font pas ou se font mal, et, en tout cas, restent fragiles. Dès lors, comment évitera-t-il que d'autres éléments ne se mêlent à ceux du réel, et que les produits de l'imagination, de la suggestion et du rêve viennent se mélanger à ceux de l'expérience quotidienne, qu'il voit d'ailleurs si mal ?

Entre le réel et l'imaginaire, la cloison étanche, si solide chez l'adulte, est si mince chez ces anormaux qu'elle permet une perpétuelle osmose du réel à l'irréel ; les mensonges de ces enfants ne font donc que traduire leur conception des choses.

En fait, ces enfants sont privés (d'autant plus qu'ils sont plus anormaux) de ces associations bien assises, de ces points de repères fermes qui, chez nous, empêchent aux éléments du rêve de pénétrer dans ceux du réel, leur barrent la porte et nous démontrent que nous n'avons pu faire telles choses, être dans telle ou telle circonstance, etc. Sans quoi, tel principe, tel événement, telle circonstance capitale et dont nous sommes bien sûrs ne seraient pas réels. L'adulte qui rêve tomber d'un cinquième étage sait bien, au réveil, qu'il n'est pas tombé, car il sait les conséquences d'une telle chute et que rien de tel ne s'est passé pour lui ; mais combien

les choses changeraient si vous supposiez qu'il ignore tout de ces conséquences !

*
**

La facilité à mentir de beaucoup d'écoliers mentalement anormaux n'est donc pas autre chose que la survivance en eux d'un infantilisme mental : c'est un arrêt de croissance psychique comme il y a des arrêts de croissance physique ; une déformation mentale comme les déformations corporelles. Certains enfants sont lents à devenir vérares, comme à devenir propres, à apprendre certaines articulations, etc. Il y a même des enfants qui, livrés à eux-mêmes, ne pourront jamais devenir vérares, et ce sont ces arrêts de développement mental et moral que le médecin doit toujours rechercher quand il se trouve en présence d'un enfant qui ment aussi volontiers qu'il parle, sans utilité, sans but, et, comme nous l'expliquions plus haut, tout simplement par le jeu naturel de son organisme mental. Il est alors aussi nécessaire d'examiner cet organisme mental qu'il le serait de vérifier sa vision s'il déformait constamment les lettres à copier, ou s'il remplaçait toujours le rouge par une autre couleur, etc.

N'oublions pas, d'ailleurs, que ce n'est là, comme dans beaucoup de cas morbides, que l'exagération d'un phénomène dont la diminution ou la rémanence se retrouve encore chez le normal. L'un de nous a montré ailleurs (1) comment nos images mentales se déforment peu à peu en nous-mêmes sous l'influence et la pression de multiples facteurs. Reprenant cette même théorie, Stern l'a appliquée à la critique des témoignages et il a essayé de montrer comment se déforment peu à peu, même chez l'adulte normal, les idées et les faits ; ce n'est que l'exagération morbide ou plutôt la persistance infantile de ces tendances que nous tenions à signaler d'après nos observations sur des enfants et spécialement sur des écoliers mentalement anormaux.

(1) *L'Image mentale*, Paris, 1903.

DISCUSSION

M. DUPRÉ. — L'intéressante communication de MM. Philippe et Paul Boncour m'engage à résumer devant la Société la substance de ma leçon d'ouverture du cours de Psychiatrie à l'asile clinique, qui portait précisément sur l'étude du mensonge et de la fabulation morbides.

Je propose de désigner sous le terme général de *Mythomanie*, la tendance morbide constitutionnelle de certains sujets à l'altération de la vérité, au mensonge, à la simulation et à la fabulation. Cette tendance, physiologique chez l'enfant normal, pour les motifs indiqués tout à l'heure par MM. Philippe et Boncour, devient, chez l'enfant anormal et chez l'adulte, pathologique, par son intensité, sa persistance, et ses associations avec diverses tares psychopathiques, communes chez les dégénérés, principalement avec la vanité, la malignité et les diverses formes de la perversité. Ces combinaisons engendrent les variétés de Mythomanie vanitense (hâblerie fantastique, auto-accusations), de Mythomanie maligne (fabulation malicieuse, hétéro-accusations, simulation d'attentats surtout génitaux, etc.), de Mythomanie perverse (fabulations des escrocs, des vagabonds, des pervers).

Dans cette dernière catégorie rentre le cas de Thérèse Humbert et les nombreux cas analogues.

Cette synthèse pathologique a l'avantage de grouper dans un même ensemble toute une série de cas analogues, de faits connexes, allant de la simple altération de la vérité à la fabulation la plus fantastique, souvent reliés entre eux par la communauté de leur étiologie, de leur symptomatologie, de leurs affinités cliniques et évolutives et de leurs applications médico-légales.

Le rapport qui existe entre les faits mythopathiques et les faits hystériques permet de poser le problème de la nature de l'hystérie d'une manière plus large et plus conforme à la réalité clinique, en n'opposant plus l'hystérie à la simulation, au nom de l'absence ou de l'intervention de la conscience et de la volonté dans le processus morbide. L'étude de la Mythomanie montre, en

effet, que l'élément conscience et volonté constitue dans le syndrome un facteur variable, contingent, et, partant, très accessoire.

Je n'insiste pas sur les conclusions médico-légales de cette étude, dont les belles observations présentées à cette Société ou à la Société de médecine légale par MM. Motet, Bourdin, Brouardel, Vibert, Vallon, Garnier, etc., ont, depuis déjà longtemps, montré l'intérêt psychologique et la portée médico-légale.

M. VALLON. — Le mot mensonge est, en effet, mal choisi pour désigner tous ces faits et je pense que ce mot doit être réservé à l'acte conscient et volontaire. Les autres faits sont d'un ordre différent; aussi le mot « Mythomanie » que propose M. Dupré me paraît-il très bon pour comprendre l'ensemble de toutes ces manifestations. C'est là une question extrêmement intéressante et qui mériterait de rester à l'ordre du jour de la société.

M. PHILIPPE. — Je crois aussi la dénomination de « Mythomanie » plus démonstrative et plus significative.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

SEANCE DU 27 MARS 1905

Présidence de M. CH. VALLON

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Bernard-Leroy, Colin, Comar, Gimbal, Lapointe, Lwoff, Marie, Philippe, Thivet, Trénel, Vurpas, membres correspondants, assistent à la séance.

A propos du procès-verbal. — Aliénés simulateurs.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, à propos de l'intéressante communication sur les aliénés simulateurs, faite par M. Vigouroux à la séance du 19 décem-

bre 1904, M. le D^r Déricq, médecin-directeur de l'asile de Bonneval, membre correspondant, m'adresse la lettre suivante dont il me demande de donner lecture.

Bonneval, le 7 mars 1905.

Monsieur le Secrétaire général,

Si ma santé me permettait d'assister aux séances de la Société et si j'avais été présent, par conséquent, à celle du 19 décembre 1904 (dont je lis le compte rendu dans les *Annales*, n° 2 mars-avril 1905 reçu aujourd'hui), j'aurais prié notre excellent collègue M. Vigoureux de rectifier son observation n° 2 sur M. Veis... G.

C'est à l'asile départemental de Bonneval dont j'ai l'honneur d'être le médecin en chef que ce malade a été transféré, venant de Vaucluse (S.-et-O.).

Si ce malade a obtenu sa sortie ce n'est pas parce qu'il a pu ou su dissimuler son délire. Bien que très réticent, rusant dans l'interrogatoire, évitant les réponses précises, affirmatives ou négatives (ce qui est déjà un signe), usant des « on verra bien; je sais ce que je sais; c'est un détail, etc. », il fut l'objet du certificat de vingt-quatre heures suivant : « (21 avril 1904)... Est atteint de dégénérescence mentale avec idées de persécution. Préoccupations hypocondriaques, interprétations délirantes. Ne paraît pas subir d'hallucinations de l'ouïe. »

A la quinzaine je dis : « Dégénérescence mentale avec idées de persécution et de grandeur. Bouffée délirante ? Esprit faux, vaniteux. A fait quelques excès de boissons. »

Enfin, voici le certificat de situation à fin de sortie. 13 mai 1904 : « ... Est atteint de dégénérescence mentale avec idées de persécution et de grandeur. Parfois préoccupations hypocondriaques à la suite de troubles (qu'il explique mal) de la sensibilité générale. A fait, d'une façon intermittente, des excès génitaux et des excès de boisson. La sœur du malade *s'engageant par écrit à surveiller son frère* (sur lequel elle possède une certaine influence) j'estime que le malade peut lui être confié. »

J'ai averti cette demoiselle de l'*excitation active* que peut provoquer l'usage peu mesuré des boissons alcooliques.

Donc, malgré le laconisme voulu et les réticences, l'état mental de M. V... avait été établi et, s'il sortait, ce n'était qu'à la suite des demandes instantes de la famille.

Enfin, je suis moins affirmatif que notre collègue sur l'absence de tare héréditaire. Je suis sûr d'un état de *déséquilibre manifeste* dans la ligne paternelle directe.

Veuillez agréer, monsieur le Secrétaire général, avec mes salutations, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

G. DÉRICQ.

M. VIGOUROUX. — J'avoue ne pas comprendre la portée de la rectification que m'adresse mon excellent collègue, le Dr Déricq. Sa critique porte sur une phrase de ma communication : « Le malade sut assez bien dissimuler son délire pour obtenir sa sortie. » — Ce n'était pas là, à mon avis, le point intéressant de l'observation de ce malade, persécuté actif, qui s'est fait interner en simulant un délire autre que celui qu'il avait, et d'autre part je n'avais pas l'idée que notre collègue n'avait pas su diagnostiquer le délire de persécution, comme nous le prouvent les certificats qu'il nous communique. Je voulais simplement dire que le malade avait su cacher l'activité de son délire, se montrer moins dangereux qu'il n'était en réalité afin d'obtenir sa sortie. Et je reste convaincu que si l'excellent aliéniste qu'est M. Déricq avait observé le malade tel qu'il s'est montré à moi, persécuté à réactions très violentes, désignant très nettement son persécuteur, il ne l'aurait pas laissé sortir pour aller dans l'Ardèche, malgré l'engagement de le surveiller pris par une sœur, domestique à Paris ; mais, je le répète, cette rectification, fût-elle justifiée, n'enlèverait pas l'intérêt de l'observation, si minime que soit cet intérêt.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes, relative au XLIII^e Congrès des sociétés savantes, qui se tiendra à Alger du 19 au 22 avril ;

2° Une lettre de M. Charpentier, membre titulaire, qui demande l'honorariat. — Accordé ;

3° Une lettre de M. Marie qui, en mission en Egypte, s'excuse de n'avoir pu assister à la dernière séance ;

4° Une lettre de M. Sizaret, médecin en chef de l'asile de Rennes, remerciant la Société de son élection de membre correspondant ;

5° Une lettre de M. Victor Parant fils, ancien chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Christian, Vallon, Dupain, rapporteur ;

6° Une lettre de M. Phulpin, ancien interne des hôpitaux, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Joffroy, Ritti et Klippel, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *La neurasthénie, pathogénie et traitement*, par M. L. Pron ;

2° *La thérapeutique opératoire de la syphilis du cerveau*, par M. Erwin Stransky ;

3° *Bulletin médical*, n° 21, contenant un article ayant trait à la tentative d'assassinat commise sur M. Vallon par un aliéné de son service ;

4° *Revue de neurologie et de psychiatrie*, de M. le D^r Haskovec, en langue tchèque. N° 11.

Mort de M. Paul Garnier.

M. LE PRÉSIDENT fait part, en termes émus, de la mort de M. Paul Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, ancien président de la Société, décédé subitement le 17 mars

dernier. Il donne ensuite la parole à M. le Secrétaire général.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de notre regretté collègue. (Voir plus loin, page 480).

La séance est ensuite levée en signe de deuil et reprise dix minutes après.

Rapports de candidature.

M. ANTREAUME. — Messieurs, vous avez chargé une commission, composée de MM. Dupain, Pactet et Antheaume, rapporteur, de vous présenter un rapport sur la candidature de M. Buvat, qui sollicite le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique. La tâche me sera facile, car M. Buvat est loin d'être pour la plupart d'entre vous un inconnu, et j'ai pu déjà en plusieurs circonstances, notamment comme rapporteur du prix Esquirol, en 1901, apprécier l'étendue de ses connaissances psychiatriques.

Le Dr J.-B. Buvat est un laborieux. Après avoir été successivement externe des hôpitaux de Lyon, puis interne provisoire à l'Asile de Bron, il a été reçu interne à la Maison nationale de Charenton, et vient d'accomplir quatre années d'internat dans les asiles d'aliénés de la Seine, à l'entière satisfaction de ses maîtres. Il est actuellement médecin-adjoint de la maison de santé que dirige mon excellent confrère, le Dr Comar, membre correspondant de notre Société.

En 1901, la Société médico-psychologique lui décernait la mention très honorable du Prix Esquirol pour un « Essai de psycho-physiologie vésicale », travail en collaboration, qui a fait depuis l'objet d'une communication à la Société de Biologie. Dans ce travail, les auteurs s'efforçaient, à l'aide d'un appareil qu'ils avaient imaginé et construit, le « Cystocinétographe », de mesurer et d'inscrire les réactions des muscles lisses sous l'influence des émotions chez les différentes catégories d'aliénés.

Les autres travaux du Dr Buvat consistent en communications à la Société anatomique, et en articles de journaux, tant personnels qu'en collaboration, à la *Revue*

de *Psychiatrie*, aux *Archives de Neurologie*, à la *Gazette des Hôpitaux* et à la *Presse Médicale*. Ces différents travaux, au nombre de quinze, ont trait tous, ou presque tous, à l'étude des maladies mentales. Pour la plupart, ces articles rapportent des observations cliniques de faits intéressants et rares, ayant eu la nécropsie pour contrôle.

Parmi eux, nous trouvons une thèse très documentée sur « les sérums artificiels dans le traitement des maladies mentales », qui est un vaste travail de clinique thérapeutique : l'auteur y étudie l'action et pose les indications des sérums chlorurés, bromurés et iodurés, en s'appuyant sur vingt-trois observations personnelles. Cette thèse fait le fond d'un mémoire adressé à l'Académie de Médecine pour le prix Herpin en 1901. Ce mémoire a été apprécié en ces termes par M. Motet (1), l'éminent aliéniste :

« Nous acceptons sans réserve les conclusions qui
« terminent ce mémoire, elles sont très réservées, très
« sages ; elles sont formulées par un clinicien qui ne se
« laisse pas séduire par des apparences, et qui, avec la
« plus entière bonne foi, dit ce qu'il a vu, ce qu'il a
« obtenu. S'il trouve précieuses les ressources qu'offre
« la méthode de traitement par les sérums soit simples,
« soit médicamenteux, il se garde bien de la présenter
« comme une panacée. Il la croit utile dans la plupart
« des affections mentales, inutile chez les délirants
« systématiques. Il n'en fait pas une application exclu-
« sive, il en pose les indications, il ne lui demande pas
« plus qu'elle ne peut donner, et il dit avec raison que
« si la sérumthérapie ne peut rien sur les états de dé-
« mence confirmée comme on les rencontre dans la
« paralysie générale, elle peut du moins relever les
« forces des malades, améliorer leur état physique,
« calmer leur excitation turbulente, éloigner les crises
« convulsives épileptiformes ; à ce titre l'emploi des
« injections de sérum artificiel rentre dans les grandes
« mesures d'hygiène qui retardent, chez des malades

(1) Motet. In *Bulletin de l'Académie de médecine*, 26 novembre 1901.

« qu'on ne peut guérir, les complications communes dans cette maladie à ses dernières périodes. »

Les autres publications du D^r Buvat sont les suivantes : *Rupture du cœur chez un aliéné alcoolique et syphilitique*; *Accidents tertiaires et paralysie générale*; *Epilepsie et fièvre typhoïde*; *Hallucinations psycho-motrices dans la paralysie générale*; *Sur un cas de délire aigu*; *Tabes et paralysie générale*; *Double hématome méningé avec délire maniaque*; *Tumeur cérébrale et paralysie générale*; *Pyélonéphrite et périnéphrite suppurée avec hémorrhagie vésicale chez un prostatique*; *L'auto-représentation organique ou hallucination anesthésique dans l'hystérie*; *Ostéomyélite gommeuse du maxillaire inférieur avec élimination d'un sequestre et de deux dents, formation d'un cal chez un paralytique général syphilitique*; *Les toxicomanes : à propos d'un cas d'héroïnomanie (2 gr. 60 par jour)*; *Les régressions de la personnalité dans les psycho-névroses*.

Ce serait abuser de votre attention que d'indiquer ici les traits originaux de ces études, disons seulement que leur auteur s'y place sans cesse sous l'égide et l'autorité de ses maîtres en psychiatrie, le professeur Pierret, les D^{rs} Vallon, Briand et Sollier.

Je n'insisterai pas davantage sur les titres et travaux scientifiques présentés par le D^r Buvat à l'appui de sa candidature actuelle.

Votre commission est unanime à vous proposer d'accueillir favorablement cette demande; elle estime qu'en décernant au D^r Buvat le titre de membre correspondant, la Société médico-psychologique s'attachera un médecin travailleur, instruit et présentant toutes les garanties désirables.

Conformément à ces conclusions, M. Buvat est élu membre correspondant à l'unanimité des votants.

M. RITTI. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Vallon, Moreau (de Tours) et Ritti, rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature de M. le D^r Ladislav Haskovec au titre de membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

M. Haskovec, qui a été chef de la clinique psychiatrique de la Faculté de médecine tchèque de Prague, est aujourd'hui privat-docent de neuro-pathologie à la

même Faculté. Il est l'auteur d'un grand nombre de travaux scientifiques, ayant trait, pour la plupart, à des questions de pathologie mentale et nerveuse; les mémoires publiés par notre savant confrère sont très nombreux — on en compte plus de cinquante — et prouvent une activité scientifique digne d'éloges. La grande majorité de ces travaux sont consacrés à des recherches cliniques; tous font honneur à la sagacité d'observation de celui qui les a écrits.

Depuis bientôt deux ans, M. Haskovec dirige une *Revue de neurologie et de psychiatrie*, en langue tchèque, très appréciée par ses compatriotes qui y trouvent des analyses, faites avec soin, des travaux français sur la pathologie mentale et nerveuse.

M. Ladislav Haskovec n'est pas un inconnu pour nous. Au Congrès international de psychiatrie de 1900, nous eûmes l'occasion d'apprécier l'homme et le savant. Il prit part à nos travaux avec une rare distinction et communiqua un travail sur les idées obsédantes, qui ne passa pas inaperçu. Notre estimé confrère a donc tous les titres à être des nôtres et si nous avons une critique à lui adresser, c'est d'avoir trop tardé à venir frapper à notre porte.

Votre commission, Messieurs, en vous demandant de nommer M. Ladislav Haskovec membre associé étranger, est convaincue que vous donnerez vos voix à un travailleur d'un rare mérite et à un confrère d'une parfaite honorabilité.

Conformément à ces conclusions, M. Haskovec est élu membre associé étranger à l'unanimité des membres présents.

La persistance des neuro-fibrilles dans la paralysie générale,

par le D^r J. DAGONET.

Le D^r Malassez a remis, en mon nom, le 22 octobre 1904, à la séance de rentrée de la Société de Biologie, la note que les *Annales médico-psychologiques* ont reproduite dans le numéro de janvier-février sur la

« persistance des neuro-fibrilles dans la paralysie générale ».

Examinant trois cerveaux de paralytiques à l'aide de la nouvelle méthode du professeur Ramon y Cajal, j'avais trouvé partout, dans les régions les plus diverses et dans les régions les plus lésées, la persistance des neuro-fibrilles. Le fait positif et inattendu de leur intégrité au milieu des lésions multiples de la substance nerveuse et dans les cellules les plus altérées m'a paru intéressant à faire connaître. Suivant la remarque de M. Ballet, « en pathologie comme en physiologie, seuls les faits positifs ont de la valeur » (1).

Cet auteur, après Marinesco, décrit les lésions des neuro-fibrilles dans la paralysie générale; il conclut que « le processus de l'encéphalite diffuse lèse la substance achromatique comme la chromatique » et il admet un parallélisme entre ces lésions. Je n'aurais point publié de note si j'avais constaté les faits signalés par Marinesco et que je connaissais aussi bien que M. Ballet. Si j'ai fait une publication, c'est que mes faits contredisent ceux de Marinesco; je ne puis donc admettre la conclusion ci-dessus, puisque j'ai constaté l'intégrité et non la lésion de la substance achromatique.

On me reproche de ne pas avoir cité d'auteurs; mais ma note n'est pas un historique, elle est seulement l'exposé d'un fait nouveau et je n'ai trouvé aucun auteur ayant signalé, avant moi, la persistance et l'intégrité des neuro-fibrilles dans la paralysie générale. Quant aux auteurs qui avaient décrit les lésions des neuro-fibrilles dans la paralysie générale, je les avais tout d'abord mentionnés et j'avais fait en même temps la critique de leurs observations: ma note, remise au D^r Malassez, était ainsi plus complète; mais sur les épreuves d'impression, j'ai dû supprimer cette seconde partie trop longue et qui dépassait le nombre réglementaire de lignes.

M. Ballet souligne la phrase dans laquelle je dis: « Dans les petites et moyennes cellules, les neuro-fibrilles sont en très petit nombre, une à deux fois par-

(1) Lésions des neuro-fibrilles dans la paralysie générale par Gilbert Ballet et Laignel-Lavastine, *Ann. méd.-psych.*, p. 278.

fois par coupe »; puis il termine ainsi : « On sait la variabilité des aspects régionaux de l'écorce des paralytiques généraux. Tout le monde s'entend sur l'existence et même la fréquence en certains points de cellules pyramidales sans lésions appréciables, les constatations de M. Dagonet ne nous étonnent donc pas. Mais ce que nous ne saurions admettre c'est que toujours dans la paralysie générale persiste l'intégrité des neuro-fibrilles. M. Dagonet eût peut-être évité de formuler cette conclusion trop absolue, s'il avait bien voulu se donner la peine de prendre connaissance de la communication de M. Marinesco et de la nôtre, antérieure de trois mois à la sienne, et d'écouter la communication de M. Marchand faite, avant la sienne, à la même séance de la Société de Biologie. »

En ce qui concerne la phrase soulignée sur les petites et les moyennes cellules, je répondrai que plus on avance vers la périphérie de l'écorce cérébrale et moins les cellules nerveuses ont de neuro-fibrilles, surtout si on les compare aux cellules géantes où elles sont si volumineuses et où elles se laissent imprégner avec tant de facilité.

Mes constatations n'étonnent pas M. Ballet, après l'avoir étonné cependant, puisque mes constatations sont le contraire des siennes, et que j'admets toujours dans la paralysie générale la persistance et l'intégrité des neuro-fibrilles. Bien entendu, il s'agit des régions les plus lésées et des cellules les plus altérées, et non de régions plus ou moins normales et de cellules sans lésions appréciables.

Enfin, malgré ma connaissance des communications antérieures à la mienne, je ne changerai pas d'opinion sur les neuro-fibrilles et je ne formulerai pas d'une manière moins absolue une conclusion basée sur des faits. Je ne relèverai rien d'autre; je laisserai à M. Ballet la découverte de la pigmentation des neuro-fibrilles dans la paralysie générale, pigmentation que je serais fort en peine de constater sur des neuro-fibrilles colorées en noir par l'argent, et j'arriverai à un dernier point qui terminera cette polémique.

Marinesco décrit des lésions des neuro-fibrilles dans la paralysie générale. Pourquoi nos faits sont-ils dis-

semblables ? Probablement parce que Marinesco et moi-même nous n'avons pas procédé dans les mêmes conditions. Pour moi ces conditions ont été favorables : j'ai pu me conformer aux indications du professeur Ramon y Cajal et voir ses préparations au Collège de France. J'ai profité de l'expérience du Dr Azoulay, qui connaît particulièrement bien les méthodes d'imprégnation par l'argent, j'ai pu prendre du tissu frais, et mes inclusions ont été faites dans la celloïdine, parce que celles à la paraffine donnaient de moins bons résultats, les neuro-fibrilles intra-cellulaires se désimprégnaient dans le bain et à la chaleur. D'autre part, comme le professeur Ramon y Cajal l'indique, l'imprégnation par l'argent se fait toujours très inégalement; j'ai donc tâtonné, c'est-à-dire j'ai examiné de nombreuses pièces, à différents jours d'intervalle, pour arriver enfin aux pièces bien imprégnées : partout alors, j'ai obtenu des résultats invariables pour les trois cerveaux de paralytiques que j'ai examinés en juin et en juillet. Je voyais les neuro-fibrilles dans toutes les cellules et souvent aussi des boutons terminaux péri-cellulaires.

M. Ballet a dû avoir des imprégnations défectueuses, n'ayant pas coloré les neuro-fibrilles intra-cellulaires; mais je ne doute pas qu'il ne reconnaisse plus tard et chaque fois que ses imprégnations seront suffisantes la réalité des faits que j'ai signalés, la persistance et l'intégrité des neuro-fibrilles dans la paralysie générale. Il trouvera alors légitime ma conclusion que « la cellule nerveuse n'est pas un centre trophique pour les neuro-fibrilles qui ont leur indépendance vis-à-vis de la cellule ».

Un cas d'inversion sexuelle,

par MM. ANTREAUME et PARROT.

Le malade qui fait l'objet de cette communication a été interné dans le service de l'un de nous à l'occasion d'une tentative de suicide effectuée dans des conditions assez particulières. Il s'agit d'un adolescent de dix-huit ans que sa famille avait récemment placé en Allemagne chez un professeur.

Il n'avait présenté aucun trouble mental *manifeste*, quand, au début du mois de février dernier, il se tirait en plein jour un coup de revolver à la tempe droite sur la promenade publique de Bonn ; fort heureusement, la balle ne faisait qu'une blessure en s'éton sans gravité. De là, scandale, transport du blessé à l'hôpital, puis, quelques jours après, arrivée du père qui venait de recevoir la lettre que voici :

Fait à E... le 31 janvier 1905.

Cher papa, chère maman, chers parents.

Au moment où vous recevrez cette lettre, je serai déjà parti pour l'éternel sommeil ou je n'en serai pas loin ; de toutes manières, il sera trop tard pour m'empêcher de mourir.

Je me suicide !...

La vie est supportable, quoique douloureuse, pour certains ; l'ambition ou le désir d'avoir plus tard une situation meilleure, « l'espoir » fait vivre la plupart des hommes. D'autres hommes, le commun des mortels, quoique vivant misérablement, tiennent à la vie, car, pour eux, elle est parsemée de voluptés sexuelles qui leur font oublier les moments tristes.

Je ne suis pas ambitieux... je n'aime pas les femmes.

J'aime, oui, j'aime quelque chose de réprouvé... quelque chose de défendu... quelque chose que l'actuelle société traite d'immoral et d'infâme... j'aime les jeunes et beaux garçons... je suis pédéraste. Je les désire ardemment... mais mon désir ne peut être réalisé sous peine de déshonneur et de dégradation.

Et cependant, je suis plus pur en cet amour que tous les jeunes gens que je connais et qui sont tous coureurs de filles... de ces filles que j'abhorre...

Aujourd'hui que j'ai dix-huit ans... jugeant l'avenir d'après le passé, j'entrevois le futur ou bien *bon*, si j'aime la femme, ou *ignoble* si j'aime les garçons... Je ne veux pas appartenir à la femme... donc... il faut mourir !

A ce moment de suprême angoisse, je désire faire ma confession à ce monde qui est la cause de ma mort.

A neuf ans un prêtre m'a aimé... à quatorze ans un jeune homme de dix-huit ans m'a adoré...

A quinze ans j'ai aimé d'un amour caché un enfant de onze ans que j'avais vu dans la rue et qui réalisait mon rêve.

Cet enfant, je le sus plus tard, se nommait « Hector ». Cet amour que j'ai eu pour Hector ne pouvant être satisfait à cause de cette méprisable morale humaine, je décidai de m'anéantir moralement en entrant au couvent. Voilà le motif

pour lequel je n'ai pas passé mes examens et pour lequel je n'ai pas hésité à venir en France. En France, tous les jeunes garçons que je voyais, s'ils étaient beaux, étaient pour moi le sujet de nouveaux désirs. Je suis parti en Suisse pour entrer dans l'ordre des Dominicains enseignants, sans m'apercevoir que je me jetais dans la gueule du loup, en voulant enseigner les êtres que l'humanité me défendait d'aimer.

Vous m'envoyez en Allemagne et je vois... oui je vois à travers le chagrin d'être expatrié que mon idéal, pas plus en Allemagne qu'ailleurs, ne peut être réalisé.

Je prends donc la résolution de me tuer. Pardon!... mille fois pardon du chagrin que vous fera ma mort! J'y arrive lentement et je la contemple le sourire sur les lèvres. Je n'ai fait de mal à personne... Je n'ai péché que solitairement en pensant à « *Eux* », je meurs vierge de ces femmes que je déteste et je meurs aussi vierge de ces garçons que j'adore!... Ma chair est pure... Mes cheveux n'auront été touchés par aucune main, ni de celles que je déteste, ni des petites mains d'enfants que j'aime...

Je partirai pour Cologne ou Bonn. J'ai acheté un petit revolver d'enfant, comme mon âme, je me tirerai une de ces balles mignonnes et je mourrai heureux en pensant à mon idéal, que Dieu fera dormir, s'il est bon, fera dormir à mes côtés toujours.

Si vous désirez mon corps, il sera soit à la cathédrale de Cologne, soit à Bonn... Cologne et Bonn furent les villes où habita Dédé, le personnage d'un roman qui fut mon unique consolation dans mes derniers temps. Dédé c'est un autre Hector.

Avant de mourir, je lirai quelques pages de Dédé... puis avec mon idéal en vue, le nom d'Hector sur la bouche, je mourrai...

Adieu, mes chers parents. Merci... merci de m'avoir soigné... Maman, je t'aime! Je vous aime tous! Votre fils.

ANTONIO.

NOTA.—Ma dernière volonté est d'être enterré près de Maurice et comme un enfant.

1^{er} février.

P.-S. — C'est fini... j'y vais à cette mort, fin de tout tourment. J'espère trouver dans le sommeil éternel les rêves divins s'accomplir.

Dieu est bon... il me pardonnera.

Laissez à mon petit doigt encore enfantin la bague que m'a donnée ma mère...

Je crois que je suis fou ! mais non ! Très froidement je raisonne. Je désire les jolis petits garçons, la fausse morale humaine m'empêche de les aimer purement. J'espère par le suicide réaliser mon rêve. Je trouverai là-bas Platon, Anacréon et tous les Grecs qui furent pédérastes comme moi avec leurs respectifs bien-aimés.

Adieu tous !

Priez pour moi !

ANTONIO.

Fait à noter, cette tentative de suicide, précédée de l'envoi de cette lettre, avait été effectuée dans des conditions assez théâtrales. Antonio avait pris un bain, s'était parfumé et tenait dans sa main gauche un bouquet et *Dédé*, roman uraniste, dans les pages duquel se trouvaient deux sonnets assez médiocres faits par lui à l'adresse du jeune Hector, objet de son amour.

C'est à la suite de ces incidents que le père du malade le plaçait à la Maison nationale de Charenton et l'un de nous fut le témoin de son désespoir et de sa stupeur d'avoir un fils qu'il considérait comme un aliéné à cause de sa tentative de suicide, et comme un vicieux en raison des préoccupations sexuelles qui venaient de lui être révélées pour la première fois par la lettre que nous avons rapportée.

Auparavant, on avait bien remarqué dans l'entourage du jeune homme — la grand'mère notamment avait fait cette remarque — que dans l'enfance il aimait la société des fillettes, les jeux féminins et cela à l'exclusion des jeux masculins. On avait encore été frappé depuis l'adolescence de son amour de la toilette, d'une certaine effémination, d'une timidité excessive à l'égard des jeunes filles, à l'inverse de ce qui se produisait dans la première enfance ; mais la famille ne supposait en aucune façon quelle perturbation profonde s'était produite lors du développement de l'instinct génital.

A son entrée dans le service, Antonio proteste contre son internement, arguant des conditions de lucidité dans lesquelles il a perpétré sa tentative de suicide.

L'aspect de cet adolescent de dix-huit ans à la stature élevée (1^m70) est celui d'un éphèbe très soigneux de sa personne, dont l'habitus extérieur révèle une certaine effémination et le souci de plaire. Les cheveux bruns sont longs et bouclés, le

visage au système pileux, normalement développé, est soigneusement rasé et la démarche plus féminine que masculine.

Les malformations congénitales sont multiples : asymétrie faciale, dents mal implantées, présence anormale des dents de sagesse, voûte palatine ogivale, malformation et dissymétrie auriculaire. Par contre, aucune anomalie dans la conformation des organes génitaux ; le système pileux bien développé au visage est également très développé aux membres inférieurs et au niveau du pubis. L'examen des réflexes n'a rien révélé de particulier ; la sensibilité est intacte dans tous ses modes hormis un léger degré d'hyperesthésie au niveau du scrotum et du périnée ; aucun rétrécissement du champ visuel, aucun trouble dans la perception des couleurs, des odeurs et des saveurs.

Interrogé au sujet de son uranisme, Antonio se montre réticent et manifeste un sentiment de pudeur quasi-féminine ; il s'est décidé cependant au bout de quelques jours à une confession générale, et nous a remis un carnet rempli de dessins relatifs à son penchant homo-sexuel et une auto-biographie intéressante. On juge bien d'après ces documents, du caractère maladif, des préoccupations génitales qui obsèdent ce sujet depuis plusieurs années. Voici les passages les plus typiques de l'auto-biographie dont il vient d'être question :

Six ans. — A six ans, j'étais une vraie fille autant au physique qu'au moral. A quoi était-ce dû ? Était-ce dû à ce que j'avais vécu jusqu'alors entre ma mère et les bonnes ? Était-ce dû à ce que pour camarades je n'avais que des petites filles dont les mamans venaient visiter ma mère ? J'ignore. Ce dont je me souviens très bien, c'est qu'entre un garçon et une fille, je préférerais m'amuser avec la petite fille, et il m'arrivait souvent de me déguiser en fille et de jouer soit à la « dinette », soit à la « visite », tous ces jeux, qui sont plutôt particuliers aux filles.

Un peu plus jeune, à l'âge de quatre ans, il paraît que j'ai manifesté une passion folle pour les poupées.

Sept et huit ans. — Bientôt ce fut pour moi une nouvelle existence. Il fallait apprendre à lire et à écrire ! Pour commencer, mes parents m'avaient mis dans une petite école où il y avait des garçons de cinq à dix ans. J'avoue avoir beaucoup souffert avec eux. On m'appelait la fille, on me faisait honte parce que j'avais des façons féminines.

Neuf-dix ans. — Pour raisons de famille, pour mon instruction aussi, on me mit pensionnaire chez des prêtres. De suite, je gagnais l'estime de tous mes maîtres et je m'éloignais de tout le reste des élèves de l'école. En vain, pendant les récréations, certains petits garçons m'invitaient à leurs jeux,

je refusais toujours. J'aimais mieux être avec mes maîtres, les entourer, me laisser caresser par eux, etc.

Onze-douze ans. — Cependant mon visage et mon corps à mon grand désappointement était toujours l'objet des ridiculisations des autres garçons : — « La fille ! » — « Tu as une figure de fille ! » — « On s'est trompé, on t'a mis des pantalons au lieu de jupes ! ». Que sais-je !

Treize ans. — C'est à cette époque que je fis un voyage en France. L'exercice, le changement d'air, les séjours que nous fîmes dans des pays étrangers contribuèrent à me « dégourdir » en quelque sorte et à me développer physiquement....

J'avais perdu presque toutes les apparences de la fille, mes traits s'étaient masculinisés, mon corps avait cessé d'être féminin ; plus tard le duvet naissant de la puberté venait l'ombrager ainsi qu'au-dessus des lèvres... Quelque chose de curieux se passait en moi dont je ne m'explique pas la provenance. J'aurais voulu aimer quelqu'un, me semblait-il. J'aurais aussi et surtout voulu être aimé. Et au retour de voyage lorsque je rentrai au collège, je n'eus que l'embarras du choix. Les grands (et je me souviens qu'il y en avait de bien beaux) les grands me plaisaient plus que les petits... L'un d'eux particulièrement, un grand et fort garçon de dix-sept ans m'aimait (ou en avait l'air) ; et moi, je dois l'avouer, je l'aimais peut-être davantage. Quel bonheur je ressentais dans tout mon être quand nous étions assis côte à côte sur le même banc ! Il me disait toujours quand il voyait le regard haineux d'un autre (peut-être jaloux) se fixer sur moi : « N'aie pas peur, je suis là pour te défendre ! » Je gardais précieusement ses petites lettres qu'il me faisait passer par-dessous les bancs quand un professeur soupçonneux nous séparait en classe. Malheureusement il y avait un autre garçon de mon âge qui était certes plus beau que moi et auquel mon grand ami faisait des signes significatifs. Ah ! mais lorsque je voyais cela, il était sûr que le soir je m'en allais sans même lui serrer la main. Le pauvre grand fut renvoyé du collège je ne sais pour quel motif et je ne l'ai jamais revu. C'est alors qu'un camarade me conseilla de m'exciter solitairement sous prétexte que c'était utile à la formation de la virilité. Mes premières excitations solitaires furent en pensant aux « grands ». Je me figurais que j'étais dans leurs bras, qu'ils m'embrassaient. Les souvenirs de mon « amant de dix-sept ans » (si cela peut se dire, mais je ne vois pas d'autre terme à employer), me revenaient sans cesse.

D'autres jeunes gens, même des messieurs de ma connaissance passaient dans les rêves de mes nuits. Ceci n'a rien d'étonnant, paraît-il. Beaucoup de jeunes garçons, surtout précoces, ont au moment de leur puberté des passions absolu-

ment féminines envers leurs maîtres ou leurs camarades. Mais moi, je n'ai pas été précoce puisque à quatorze ans seulement, pour la première fois, à ma grande surprise, je vis sortir de moi la liqueur fécondante des mâles.

Quatorze et quinze ans. — J'eus alors plusieurs camarades, entre autres un jeune vicieux, qui me faisait souvent des propositions malhonnêtes que je repoussais non par dégoût, mais pour le « qu'en-dira-t-on » moraliste.

Seize ans. — Vers la fin de ma quinzième année, au commencement de ma seizième, je fus pris d'une passion folle pour un jeune garçon de onze à douze ans. Il était fin, doux, câlin, gracieux. Je l'ai aimé passionnément pendant un an et sans le lui manifester. Je guettais son passage dans la rue et je le suivais le plus longtemps possible. A sa vue, je pâlisais, mes jambes fléchissaient, ma gorge se serrait et il m'était impossible d'articuler une parole. Le regarder me suffisait. Je l'aimais telle une mère aime son enfant; j'aurais voulu le caresser, m'occuper de lui, le presser sur mon cœur, mais parfois à ce sentiment absolument maternel et pur se mêlait une pointe de désir charnel. Parfois, seul dans ma chambre, je me sentais emporté vers des rêves irréels; il me semblait le voir nu, le sentir frôler mon épiderme, je le contemplais tel on contemple un tableau... mais bientôt je prenais la fièvre, le désir m'assailait et seul en pensant à lui, je m'excitais. Lui! lui seul occupa mon cerveau pendant près d'un an, mais ce ne fut pas le premier que j'avais ainsi désiré jusqu'alors. Déjà avant plusieurs jeunes garçons avaient attiré mon attention, mais sans que leur souvenir ait duré plus d'une semaine. Lui! lui seul fut le premier que j'ai véritablement aimé.

Mon rôle vis-à-vis de l'objet de ma passion était alors diamétralement opposé à celui que j'avais avant ma puberté. A cette époque j'aimais en femme, je voulais être aimé, enveloppé de l'amour et de la protection de mon « grand », j'aurais consenti à tout ce qu'il aurait voulu : dans le ménage, j'aurais été la femme, passif dans le coït. Après ma puberté, au contraire, mes désirs vont à des enfants plus jeunes, plus faibles que moi. Dans mon amour pour eux il y a aussi un désir de protection exercée par moi cette fois et dans le rapprochement sexuel j'aurais été l'homme.

Dix-sept ans. — Ayant lu par hasard l'*Enfer* du Dante, un mot incompris excita ma curiosité; ce mot était « sodomite ». Je fis des recherches au cours desquelles le mot « pédéraste » me fut révélé. Je fus heureux de trouver un mot qui s'appliquait à mon cas. C'est alors que je commençai à lire une série d'ouvrages anciens et modernes traitant le même sujet. J'étais heureux de voir que je n'étais pas une exception mons-

trueuse. Si ces lectures, par les exemples glorieux qu'elles m'ont fournis, m'ont engagé davantage à persister dans l'amour pour les garçons, elles n'ont pas créé cette tendance qui leur est antérieure. J'avais une satisfaction toute naturelle à connaître tout ce qui se rapportait à mon cas et à lire l'histoire de ceux qui furent invertis comme moi.

Dix-huit ans. — La société des fillettes et des jeunes filles ne m'attirait plus du tout et jamais mes sens ne se sont éveillés à la vue d'une jolie femme. Je les traitais comme des camarades et elles me répugnaient même si je pensais au rapprochement sexuel. La conversation de mes camarades m'ennuyait et me choquait quand ils parlaient de leurs aventures galantes avec des femmes, de leurs espoirs, etc. Aussi, je m'esquivais vite.

J'ai toujours eu de la répugnance pour les exercices violents et les sports; je préfère les plaisirs tranquilles, les rêveries, le dessin, la peinture. J'ai plusieurs albums remplis de dessins faits par moi et représentant de beaux petits garçons. J'aime beaucoup les arts, la musique, et parmi les tableaux et les statues, je préfère ceux qui représentent de beaux hommes à ceux qui représentent les belles femmes. J'aime aussi la littérature et j'ai commencé à écrire dernièrement le roman d'un uraniste. Je ne trouve pas d'ailleurs qu'il y ait de déshonneur à être inverti : des hommes illustres, dont j'admire les œuvres, l'ont été. Je proteste contre la misérable morale humaine qui condamne de nos jours les pratiques de l'amour homosexuel; elle ne les a, du reste, pas toujours condamnées, puisque c'était parfaitement admis chez les Grecs et les Romains.

Nous bornerons là les extraits de cette autobiographie qui finit sur le thème apologique souvent cher aux uranistes; voici les renseignements complémentaires qui ont été recueillis touchant les antécédents héréditaires et personnels de ce malade.

Antécédents héréditaires. — Père quarante-cinq ans, mère quarante-deux ans, tous deux en bonne santé et ne paraissant présenter rien d'anormal. Parmi les ascendants : du côté paternel, grand-père mort à soixante-dix-sept ans de diabète; du côté maternel, grand-mère morte à soixante-quatre ans d'une complication cardiaque d'origine rhumatismale; un grand-oncle a eu la gravelle et une tante est atteinte de rhumatisme chronique. Aucun vésanique, aucun convulsivant à signaler dans la famille.

Antécédents personnels. — Enfant né à terme, accouchement laborieux au forceps ; dans l'enfance, coqueluche, rougeole, scarlatine. A dix ans, ictère à la suite d'une peur très vive ; à onze ans, oreillons sans orchite ourlienne.

Les cas de ce genre ne sont pas rares dans la littérature extra-médicale, mais, outre que le nombre des invertis qui franchissent le seuil de l'asile d'aliénés est restreint, il est peu souvent donné au médecin aliéniste d'observer la véritable inversion chez un adolescent de dix-huit ans et cela dans des conditions de sincérité qui permettent d'affirmer le bien-fondé du diagnostic.

Dans l'ouvrage qu'il a publié en 1898 sur *« les attentats aux mœurs et perversions du sens génital »*, Thoinot (1), prenant pour guide les travaux de Westphal — révélés en France dès 1878 par Ritti (2) — et s'inspirant des publications de Magnan, Garnier, Krafft-Ebing, Moll, Chevalier, Raffalovich, Laupts, etc., considère avec raison que l'inversion sexuelle ou uranisme (Ulrichs) est constituée à l'état de type morbide par les caractères suivants :

1° Apparition de l'anomalie dès le premier éveil de l'instinct sexuel, en d'autres termes, caractère congénital de l'inversion.

2° Penchant sexuel pour le sexe auquel appartient le sujet (penchant homo-sexuel) avec répulsion variable mais toujours nette pour l'autre sexe.

3° Conformation normale et fonctionnement normal des organes génitaux dans le rôle inverti qu'ils remplissent.

4° Conscience entière de l'état anormal qui reste pourtant au-dessus de la volonté à la manière d'une obsession ou d'une impulsion.

5° Coexistence de divers stigmates de dégénérescence variables d'ailleurs en nombre et en intensité.

Si nous interrogeons les documents cliniques précités,

(1) Thoinot. *Attentats aux mœurs et perversions du sens génital*. Doin, éditeur, 1898. Paris.

(2) Ritti. Diverses manifestations psychopathiques récemment décrites. De l'attraction des sexes semblables. In *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, 25^e année, n° 1, 1^{er} janvier 1878, Masson, éditeur.

nous retrouvons ces caractères fondamentaux de l'inversion sexuelle ou uranisme, mais avec quelques particularités qui méritent d'être mises en relief.

Un premier point à relever est l'habileté avec laquelle depuis quatre ans, c'est-à-dire depuis l'éveil anormal de l'instinct génital — avec conscience de cette anomalie — ce sujet a pu dissimuler cet état pathologique à sa famille inquiète, préoccupée de son état de santé et cherchant en vain la clef de l'énigme.

Il a fallu une circonstance exceptionnelle, comme l'envoi de cette lettre d'adieu écrite à la veille d'une tentative de suicide, pour que la vérité fût connue.

Une autre particularité concerne l'amour uraniste psychique d'Antonio; depuis la puberté, c'est-à-dire depuis que l'instinct génital s'est éveillé anormalement (penchant homo-sexuel), cet adolescent a réagi psychologiquement suivant « la caricature de l'amour normal », selon le mot de Krafft-Ebing, mais n'a physiquement point satisfait sa passion avec l'objet de l'amour inverti. Comme il s'agit ici d'un sujet déséquilibré, d'un hyperesthésique, l'amour psychique a été violent, le sujet a aimé avec une violence et une exaltation passionnées d'autant plus vives, peut-être, qu'aucune satisfaction physique n'avait pu être réalisée.

Antonio a eu à maintes reprises, comme tous ses pareils, des rêves « à érotisme inverti »; mais — fait curieux — ses rêves sont actuellement relatifs soit à des enfants, soit à des éphèbes. Ceci est intéressant, car l'amour s'adressant à l'enfant est rare chez l'uraniste même adolescent. En général, la formule de Krafft-Ebing est juste : « L'individu qui recherche l'enfant, le petit garçon, est un libertin, un inverti vicieux et non un uraniste; » ici cette formule est en défaut.

Autre exception à la règle : avant la puberté, Antonio aimait surtout les sujets plus âgés que lui et subissait passivement leurs caresses, tandis que depuis la puberté, le penchant homosexuel s'est manifesté pour les jeunes éphèbes et les enfants à l'exclusion des adultes proprement dits. Cette particularité, à laquelle cependant il ne convient pas d'attacher une importance excessive, méritait d'autant plus d'être relevée que cet inverti désire dans ses rêves et ses préoccupations diurnes non

pas être passif, être possédé par l'objet de l'amour inverti, mais au contraire être actif et posséder l'être aimé, comme si ce dernier était une femme sur qui il pourrait pratiquer le coït périnéal. Cette tendance chez les invertis sexuels est tellement peu fréquente que certains auteurs, au point de vue médico-légal, voient là un signe d'inversion-vice à opposer à l'inversion morbide des dégénérés.

Enfin une dernière remarque sera relative à la conscience si nette chez ce sujet de son état pathologique et à l'intensité de l'obsession génitale, véritable psychopathie sexuelle qui s'impose à la conscience avec une intensité extrême, modifiant l'habitus extérieur, les goûts, le caractère et permettant à l'idée de suicide de s'installer et de progresser jusqu'à l'accomplissement de l'acte.

Quelle est l'étiologie de cette inversion ?

Si nous interrogeons les antécédents héréditaires d'Antonio, ils restent muets ; seul l'arthritisme peut être incriminé et l'on sait combien cette notion manque de précision. Du côté des antécédents personnels du sujet, rien qui explique l'anomalie dans le développement de l'instinct génital ; c'est donc ici le domaine de l'hypothèse. Dans sa « *Psychopathia sexualis* », Krafft-Ebing s'exprime ainsi au sujet de la pathogénie de l'uranisme : « La cause ici ne peut se trouver que dans une anomalie des conditions centrales, dans une disposition psycho-sexuelle anormale. Cette disposition est sous le rapport de la cause anatomique et fonctionnelle encore enveloppée de mystère. Comme dans presque tous les cas en question, l'inverti présente des tares névropathiques de plusieurs sortes et que ces tares peuvent être mises en corrélation avec les conditions dégénératives héréditaires, on peut au point de vue clinique considérer cette anomalie du sentiment psycho-sexuel comme un stigmate de dégénérescence fonctionnelle. Cette sexualité perverse se manifeste spontanément et sans aucune impulsion externe, au moment du développement de la vie sexuelle, comme phénomène individuel d'une dégénérescence anormale de la *vita sexualis* ; et alors elle nous frappe comme un phénomène congénital. »

C'est le cas présent et hormis la notion d'hérédité qui est ici imprécise, c'est à l'hypothèse d'une dégénérescence fonctionnelle qu'il semble indiqué de se rallier, en raison de la coexistence chez ce sujet d'une anomalie de fonctionnement et de multiples malformations physiques congénitales.

DISCUSSION

M. RITTI. — Je remercie M. Antheaume d'avoir bien voulu rappeler, à propos de son intéressante observation, mon article publié en 1878 dans la *Gazette hebdomadaire*, et où, me semble-t-il, j'ai été le premier, ou du moins un des premiers, à faire connaître les travaux allemands sur l'inversion sexuelle. Depuis lors, en relisant l'ouvrage d'Esquirol, j'y ai trouvé, à un endroit où on ne la chercherait pas, à la fin de l'article *Démonomanie*, deux faits d'inversion sexuelle, que je crois intéressant de vous faire connaître. Les voici textuellement :

OBS. I. — « M^{me} M..., veuve, éprouve après la mort de son mari de très grands chagrins, la perte de sa fortune ; elle a un accès de manie, fait des tentatives de suicide et est envoyée à la Salpêtrière. M^{me} M... était d'une petite taille, très maigre, très agitée, parlant sans cesse, assurant et répétant avec emportement qu'elle était non une femme mais un homme. Si quelqu'un en lui parlant l'appelait madame, aussitôt M... devenait plus agitée, disait des injures ou se livrait à des actes de violence. M. Pussin, alors surveillant de la direction des femmes aliénées de l'hospice, s'entendit avec M. Pinel pour procurer des habits d'homme à cette femme : ces habits furent mis avec des transports de joie, et M... se promena au milieu de toutes ses compagnes avec une sorte d'ostentation ; elle fut plus calme, plus tranquille et parla beaucoup moins, mais elle s'agitait jusqu'à la fureur si on ne l'appelait pas monsieur ou si on l'appelait madame. Peu à peu les forces de cette malade s'affaiblirent, elle entra à l'infirmerie au mois de novembre 1802, ayant un dévoiement très abondant, et étant d'une très grande faiblesse ; elle rejetait par le vomissement les bouillons, les tisanes, les potions qu'on lui prescrivait ; elle finit par ne vouloir plus rien prendre et succomba sept jours après, à l'âge de soixante-huit ans, conservant le même délire jusqu'aux derniers jours de sa vie. »

OBS. II. — « J'ai donné des soins, il y a bien des années, à un homme âgé de vingt-six ans, d'une taille élevée, d'une belle

stature, d'une jolie figure, qui, dans sa première jeunesse, aimait à revêtir des habits de femme. Admis dans la haute société, si l'on y jouait la comédie, il choisissait toujours les rôles de femmes ; enfin, après une très légère contrariété, il se persuada qu'il était femme et chercha à en convaincre tout le monde, même les membres de sa famille ; il lui arriva plusieurs fois chez lui de se mettre nu, de se coiffer et de se draper en nymphe ; dans cet habillement il voulait courir dans les rues. Confié à mes soins, hors de ce travers d'esprit, M... ne déraisonnait point, mais il était toute la journée occupé à fixer ses cheveux, à se mirer dans une glace, et avec ses robes de chambre il faisait tous ses efforts pour rendre son costume aussi semblable que possible à celui d'une femme ; il imitait leur démarche en se promenant. Un jour, me promenant avec lui dans un jardin, je soulevai le pan de sa redingote qu'il avait arrangé de son mieux ; aussitôt M... fait un pas en arrière et me traite d'impertinent et d'impudique. Nul raisonnement, nul soin, nul régime n'ont pu rendre la raison à ce malheureux. »

M. BRIAND. — J'attire l'attention sur le fait de la tentative de suicide, dans le cas cité de M. Antheaume. Je connais trois invertis sexuels qui ont fait des tentatives de suicide. C'est après l'accomplissement de l'acte qu'ils deviennent tristes.

M. VIGOUROUX. — J'ai observé un inverti de soixante-deux ans, qui avait fait un accès de mélancolie et une tentative de suicide. Il avait été condamné plusieurs fois pour outrage public à la pudeur. En même temps que son inversion, il avait toujours eu des obsessions au suicide.

M. BOISSIER. — J'ai observé deux invertis ayant eux aussi des accès de mélancolie avec idées de suicide. L'un est maintenant moins obsédé par ses idées sexuelles. L'autre est obsédé par l'idée de se suicider ou de s'enfuir ; il fait des voyages à l'étranger. Il vit dans cette alternative de dégoût de lui-même avec mélancolie et de fugues pour échapper à son entourage.

M. CHRISTIAN. — Je crois que le malade de M. Antheaume est un débile qui a reçu une mauvaise éducation. J'ai rencontré rarement ces invertis sexuels si longuement décrits par les auteurs allemands ; mais j'ai observé fréquemment les perversions sexuelles dans la folie circulaire, ainsi que l'a fait observé M. Ritti dans son *Traité de la folie à double forme*.

M. VALLON. — Il faut bien faire la distinction entre les délirants chroniques qui ont une transformation de la personnalité et les invertis sexuels. Ces derniers sont des congénitaux, ayant conscience de leur état. Je ne considère donc pas que la première observation d'Esquirol, citée par M. Ritti, se rapporte à un cas d'inversion sexuelle.

M. BERNARD-LEROY. — J'ai observé un jeune homme de dix-huit ans, qui se croyait femme. Il sentait remuer son utérus. Ce n'était pas un inverti.

La séance est levée à 6 h. 10.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS

ANNÉE 1902.

Archives de neurologie.

I. — *Étude sur six cas de paralysie hystéro-alcoolique bénigne du membre supérieur*; par le D^r J. Garaud (travail de la clinique du professeur A. Pitres) (numéro de février). — A côté des paralysies hystériques segmentaires dont Charcot a fait une description magistrale, il en existe qui se présentent avec des allures cliniques tout à fait différentes: on les rencontre chez des hommes vigoureux exerçant des professions manuelles pénibles, coutumiers d'excès alcooliques, jusqu'alors exempts de manifestations névropathiques. Le début de la paralysie est discret, insidieux, à symptomatologie fruste, et pourtant sa nature hystérique n'est pas contestable car elle cède à quelques séances d'électrisation ou à l'application d'un traitement psychothérapique. M. Pitres désigne ces paralysies sous le nom de *monoplégies brachiales hystéro-alcooliques bénignes des manouvriers*. L'auteur en donne six observations détaillées.

II. — *L'obsession de la rougeur ou éreuthophobie (note additionnelle)*; par le D^r A. Pitres et E. Régis (numéro de mars). — Après avoir rappelé leur mémoire de 1897, les auteurs passent en revue les nombreux travaux qui ont paru depuis sur le même sujet et terminent par une intéressante observation qui tend à établir nettement que « l'Ereuthophobie, maladie intellectuelle, a pour point de départ, pour cause, le trouble vaso-moteur, affection physiologique »; en d'autres termes que, dans l'obsession de la rougeur, l'élément intellectuel est subordonné à l'élément émotif, l'idée à l'émotion.

III. — *Contribution à l'étude des réactions de la peau chez les aliénés*; par le D^r E. Marandon de Montyel, médecin en chef de Ville-Évrard (numéro de mars). — D'après les recher-

ches de l'auteur, le minimum de réaction de la peau, chez les aliénés, appartient à la sénilité (défaut de vitalité de la peau chez ces sujets), ensuite viennent l'hystérie, puis l'épilepsie, la lypémanie et la manie.

La dermatographie ne se rencontre ni dans la folie à double forme ni dans la folie systématique. Chez les paralytiques généraux les altérations de la réaction de la peau croissent parallèlement à l'évolution du mal.

IV. — *Sur la théorie de l'obsession*; par le Dr J.-L. Arnaud, médecin directeur-adjoint de la maison de santé de Vanves (numéro d'avril). — Ce mémoire fait l'objet d'une communication au Congrès des aliénistes et neurologistes de Limoges et a été publié *in extenso* dans ses comptes rendus. Il a pour but de démontrer que la condition fondamentale de l'obsession est un trouble primitif et généralisé affectant, dans leurs associations dynamiques, les éléments communs à la volonté et à l'intelligence.

L'élément émotif et l'élément intellectuel pur, l'idée n'y sont que secondaires. C'est l'aboulie qui, quels que soient le degré et la nature des obsessions, préexiste aux obsessions et les prépare.

V. — *Biographie d'une idée fixe; observation de Casper* (numéro d'avril). — Cette observation, tirée des œuvres de Casper par M. Régis et traduite par M. Lalanne, constitue la première observation d'Ereuthophobie connue, et à ce titre est digne d'intérêt. C'est une sorte d'auto-biographie dont les longs développements ne sauraient être utilement analysés.

VI. — *Contribution à l'étude de l'idiotie morale et en particulier du mensonge comme symptôme de cette forme mentale*; par les Drs Bourneville et J. Boyer (numéro d'avril). — Observation clinique montrant un des aspects du mensonge chez les débiles, question des plus importantes et des moins étudiées jusqu'ici.

VII. — *Note sur un cas d'hystéro-épilepsie à crises distinctes, avec ecchymoses spontanées et accès de fièvre hystérique*; par le Dr Mutterer, médecin de l'hôpital de Mulhouse (Alsace) (numéro de mai). — Il s'agit d'un cas d'hystéro-épilepsie à crises séparées. L'épilepsie prédomine d'abord, puis l'hystérie se révèle par la production d'ecchymoses spontanées et des accès de fièvre observés à plusieurs reprises chez la malade. Ce cas est à joindre à ceux qu'ont publiés Charcot, Bourneville et d'Olier à une époque déjà ancienne.

VIII. — *Une observation d'hémimélie chez un aliéné*; par les D^{rs} S. Garnier et A. Santenoise, de l'asile de Dijon (numéro de mai). — Cas à ajouter aux nombreuses anomalies tératologiques observées chez les dégénérés aliénés.

IX. — *Sur trois cas d'hémianopsie*; par le professeur Raymond (numéro de juin). — L'exposition de ces trois cas cliniques conduit l'auteur aux conclusions suivantes :

1° L'hémianopsie d'origine corticale ou sous-corticale est toujours bilatérale et homonyme. Les malades n'en ont pas conscience dans la plupart des cas, bien qu'il leur arrive de se heurter aux obstacles. Quand, suivant ce qui est la règle, l'hémianopsie est en rapport avec des lésions de l'hémisphère gauche, les malades éprouvent habituellement une certaine gêne pour lire (cécité verbale, surdité verbale, aphasie optique, aphasie motrice). L'hémianopsie corticale ou sous-corticale peut être double. En pareil cas, la vision centrale est seule conservée, ce qui suppose l'intégrité, d'un côté au moins de la partie postérieure de la scissure calcarine. On peut observer, en outre, de la cécité de l'âme ou de la cécité corticale.

Le signe de Wernicke (réaction pupillaire hémianopique) ne fait pas toujours défaut, comme on l'a prétendu, dans l'hémianopsie corticale ou sous-corticale;

2° L'hémianopsie qui dépend d'une lésion du corps genouillé externe ou du pulvinar est toujours homonyme. Elle diffère de la précédente en ce que : *a*) les malades en ont conscience (ils voient noir dans la moitié du champ visuel); *b*) les manifestations associées sont différentes (hémiplégie motrice, hémianesthésie, athétose, chorée);

3° L'hémianopsie symptomatique d'une lésion des bandelettes optiques dans toute leur épaisseur est également homonyme. Elle se distingue des précédentes par la nature des manifestations associées (hémiplégie motrice, compression des nerfs craniens avoisinants);

4° L'hémianopsie symptomatique d'une lésion partielle des deux bandelettes optiques se traduit par une hémianopsie bitemporale;

5° L'hémianopsie qui dépend d'une lésion partielle d'une seule des bandelettes optiques est unilatérale (nasale ou temporale suivant le siège de la lésion);

6° Enfin, une lésion qui siège dans l'angle externe du chiasma donnera également lieu à une hémianopsie unilatérale (nasale, du même côté que la lésion).

X. — *Contribution à la psychologie de la genèse des hallucinations psycho-motrices*; par MM. les D^{rs} N. Vasschide et Ch. Vurpas, de l'asile de Villejuif (numéro de juin). — De l'analyse psychologique d'une observation les auteurs en arrivent à établir que les hallucinations psycho-motrices ne sont, en réalité, que l'introspection délirante du langage intérieur.

Ces hallucinations ne sont que les propres idées du malade dont il prend connaissance par une introspection mentale exagérée n'étant pas soutenue par des connaissances suffisantes, manquant de points de repère et de comparaison, étant sans contrôle et s'exerçant avec un esprit de synthèse insuffisant. Le malade s'étonne de trouver en lui des pensées qui sont contraires à tous les sentiments, à toutes les croyances de sa personnalité morale et intellectuelle. Étonné, il en arrive à attribuer à ces pensées une origine exogène.

XI. — *Nouvelle contribution à l'étude de l'épilepsie vertigineuse et à son traitement par le bromure de camphre*; par les D^{rs} Bourneville et Ambard (numéro de juillet). — Depuis bien des années, le bromure de camphre est employé avec succès dans le service des enfants à Bicêtre. De nombreux cas ont été publiés dans des thèses inaugurales ou dans les comptes rendus annuels. Ce travail relate trois nouvelles observations où ce médicament a donné d'excellents résultats.

XII. — *La paralysie générale d'après les données de la clinique psychiatrique de l'Université de Moscou*; par les D^{rs} Serge Soukhanoff et Pierre Gannouchkine (numéro de septembre). — Travail principalement statistique d'où il résulte que la paralysie générale augmente sensiblement de fréquence dans le sexe féminin, tandis qu'elle reste à peu près stationnaire dans le sexe masculin.

XIII. — *Dépression kératique et états encéphalopathiques graves*; par le D^r B. Pailhas, d'Albi (numéro de septembre). — De ses observations personnelles, l'auteur conclut: 1° Il existe une altération oculaire caractérisée par une simple dépression, d'un point plus ou moins délimité de la cornée, sans lésions anatomiques appréciables, quoique en relation avec des troubles encéphaliques graves; 2° cette dépression est essentiellement instable; 3° elle doit être distinguée de la kératite neuro-paralytique d'origine dystrophique; 4° elle semble relever d'une lésion des centres nerveux encéphaliques; 5° elle aggrave le pronostic des affections où elle se produit.

XIV. — *Contribution à l'étude de la folie communiquée et simultanée*; par les D^{rs} Guiard et de Clérambault (numéro d'octobre et de novembre). — Après quelques considérations sur l'historique de la folie à deux et ce qu'il convient d'entendre par folie communiquée ou folie simultanée, les auteurs rapportent deux observations cliniques intéressantes : Dans la première, le délire est survenu simultanément chez trois sœurs, dont l'une, la cadette, joue un rôle prédominant, tandis que les deux autres ne font que la suivre dans l'éclosion des idées délirantes ; dans la seconde, le délire est communiqué par une mère à son fils, avec cette particularité que le délire du fils est la reproduction absolument complète et passive de celui de la mère. Tout en approuvant la division des faits en deux groupes : folie communiquée et folie simultanée, les auteurs admettent qu'elle ne s'accorde pas toujours avec la clinique et qu'ici, comme partout ailleurs, il y a des cas intermédiaires.

XV. — *Contribution à l'étude de la pathogénie des idées délirantes fondamentales, des idées directrices et des obsessions ; de leurs rapports dans les délires vésaniques*; par A. Paris, de Nancy (numéro de novembre). — Observation clinique tendant à faire ressortir « à côté du rôle prépondérant de l'hérédité, de la constitution nerveuse originelle, du tempérament fou d'une mélancolique, dans la genèse de l'idée de culpabilité, l'influence de l'obsession dans le délire vésanique ».

XVI. — *Contribution à l'étude de l'idiotie morale et en particulier du mensonge comme symptôme de cette forme mentale*; par Bourneville et J. Boyer (numéro de novembre). — Nouvelle observation clinique complétant le travail que nous avons précédemment analysé dans le numéro du mois d'avril.

Revue de psychiatrie.

I. — *Recherches expérimentales sur la sensibilité olfactive dans la paralysie générale*; par les D^{rs} Toulouse et N. Vasside (n° 2). — Appliquant la méthode de mesure de l'odorat par l'eau camphrée, les auteurs ont constaté que le nombre des anosmiques, chez les paralytiques, est de près du tiers, tandis qu'il n'est que le treizième chez les adultes normaux. L'anosmie n'est pas, comme le prétendait A. Voisin, un signe de début de la paralysie générale; c'est un symptôme des périodes avancées.

En même temps que la sensibilité sensorielle, ils ont mesuré

la sensibilité tactile olfactive (propriété de la membrane pituitaire et de la muqueuse olfactive de réagir aux excitations ammoniacales). Ce mode de sensibilité persiste malgré la déchéance de l'organe olfactif.

II. — *Le traitement des états d'agitation par le bain permanent*; par le D^r Paul Sérieux, médecin en chef de Ville-Evrard (n^o 3). — Cette méthode, née en France et abandonnée chez nous, principalement, sans doute, à cause de ses difficultés d'application, a été reprise par le professeur Kraepelin, d'Heidelberg, qui déclare qu'il n'existe aucune médication qui, pour les maniaques, les paralytiques excités et aussi pour certains catatoniques agités, donne des résultats pouvant être comparés à ceux du bain permanent. Divers spécialistes allemands se sont montrés favorables à ce procédé thérapeutique.

III. — *La diète hypochlorurée dans le traitement bromique de l'épilepsie*; par L. Cappelletti et A. d'Orméa, de Ferrare (n^o 4). — Les auteurs ont appliqué à un certain nombre d'épileptiques la méthode de Richet et Toulouse et ils ont obtenu les résultats suivants :

Accès suspendus : chez 5 malades.

Accès diminués : chez 8 malades.

Accès sans variation : chez 4 malades.

Accès augmentés : chez 2 malades.

En même temps le poids des corps a augmenté dans 70 p. 100 des cas.

La suppression du régime n'enraye pas, du moins pour un certains temps, l'amélioration observée.

IV. — *Le réflexe accommodateur étudié chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale*; par le D^r E. Marandon de Montyel, médecin de Ville-Evrard (n^o 6.) — Ce travail se termine par de nombreuses conclusions dont voici les principales :

1^o Le réflexe accommodateur est, dans la paralysie générale, le plus souvent anormal.

2^o Il est affaibli, ou plus souvent aboli; les deux yeux se comportent d'une façon identique. L'exagération est tout à fait exceptionnelle et n'appartient qu'à la phase initiale et expansive.

3^o L'accommodateur a été trouvé d'autant plus souvent et profondément altéré aux deux premières périodes que la motricité était davantage atteinte, ainsi que le sens tactile et le sens algésique.

V. — *Etats psychiques et maladies des voies génito-urinaires de l'homme*; par le Dr Lucien Picqué, chirurgien des asiles de la Seine (n° 7). — Chaud plaidoyer en faveur du traitement chirurgical des psychopathies consécutives aux lésions des organes génito-urinaires. Nécessité de se livrer à l'examen somatique de l'aliéné, examen ordinairement négligé.

L'auteur rappelle la thèse de Colombani, qu'il a inspirée et qui n'est que l'amplification de cet article dont les développements critiques ne se prêtent pas à l'analyse.

VI. — *Insuffisance hépatique et délire*; par les Drs A. Vigouroux et P. Juquier, de l'asile de Vaucluse (n° 9). — Après avoir rappelé les divers travaux concernant la question des rapports du délire et des troubles de la fonction hépatique, MM. Vigouroux et Juquier rapportent six observations cliniques dans lesquelles l'insuffisance hépatique, révélée et par les signes urinaires et par l'épreuve de la glycosurie alimentaire, a coïncidé avec des troubles mentaux variés éclos dans des cerveaux prédisposés soit par l'hérédité, soit par l'alcool. D'une façon générale, ces malades ont présenté les symptômes attribués aux délires toxi-infectieux : confusion mentale, cauchemars, hallucinations, perte de connaissance, agitation motrice et automatique. Il en résulte, au point de vue pathogénique et thérapeutique, des conséquences du plus haut intérêt dont aucun aliéniste ne saurait se désintéresser.

En dehors de ces travaux originaux, la *Revue de psychiatrie* a publié en 1902, d'intéressantes revues critiques dont nous donnons ici la liste :

A. Vigouroux : Etat mental des aphasiques (n° 1).

H. Piéron : Les recherches expérimentales sur la mémoire (n° 2).

J. Pactet : Les aliénés devant les tribunaux (n° 3).

N. Vasside : Les recherches expérimentales sur les rêves (n° 4).

L. Marchand : Anatomie pathologique et pathogénie de l'épilepsie (n° 5).

P. Sérieux : De la démence précoce (n° 6).

E. Toulouse : Rapports de la psychiatrie avec la psychologie (n° 7).

Blin : Les débilités mentales (n° 8).

H. Colin : Les aliénés criminels (n° 9).

E. Coulon : Nature et pathogénie de la paralysie générale (n° 10).

A. Marie : Etat actuel de l'assistance familiale (n° 11).

L. Picqué : La chirurgie des aliénés (n° 12).

Revue neurologique.

I. — *La question de l'aphasie motrice sous-corticale*; par le Dr Ladame (de Genève) (n° 1). — D'après la plupart des auteurs et en particulier de Déjerine et ses élèves, l'aphasie motrice sous-corticale constitue une variété distincte de l'aphasie motrice corticale. Elle a pour caractères propres : l'intégrité du langage intérieur, la conservation de l'écriture spontanée et sous dictée, l'absence d'attaques épileptiformes.

Or, l'auteur a pu suivre pendant dix ans un cas qui présentait dans toute leur pureté les symptômes ci-dessus énumérés et, à l'autopsie, il trouva un foyer ayant entraîné la disparition du pied de la troisième circonvolution frontale et de la frontale ascendante. Il en conclut : 1° que l'agraphie n'est point la suite nécessaire de la lésion de la circonvolution de Broca; 2° qu'il faut abandonner le classement des aphasies motrices en corticales et sous-corticales.

II. — *Confusion mentale et syndrome cérébelleux au cours de l'urémie; excellent effet de la lombo-ponction*; par G. Scherb (d'Alger) (n° 1). — Un fonctionnaire de quarante-neuf ans, atteint d'urémie cérébrale (céphalée, vertiges, titubation, stupeur subdélire), revient, après une ponction de vingt centimètres cubes opérée dans le cul-de-sac arachnoïdien, à un état quasi normal au point de vue des fonctions nerveuses; toutefois, il succombe un mois plus tard à de nouveaux accidents qu'une seconde ponction nerveuse ne réussit pas à enrayer. Ce cas confirme les observations de MM. Marie et Guillaumin sur les heureux effets palliatifs de la ponction lombaire dans l'urémie.

III. — *Les suites d'une fracture de la base du crâne; guérison apparente, mort après dix-sept ans dans la démence avec épilepsie totale*; par D. Anglade et G. Chocreaux (d'Alençon) (n° 5). — Histoire d'un homme qui, dans une chute de cheval, se fracture la base du crâne et qui semble guéri pendant quatre ans. A ce moment débutent l'épilepsie puis la démence progressive et finalement totale. Lésions macroscopiques multiples à l'autopsie (ramollissement) et prolifération névroglique inflammatoire intéressant, d'avant en arrière, jusqu'au lobule paracentral de l'hémisphère droit. Cette réaction névroglique intéresse aussi la protubérance, le bulbe et la moelle cervicale.

IV. — *Des myopsychies (association des troubles musculaires et des troubles psychiques)*; par A. Joffroy. Leçon recueillie par le D^r Mercier, chef de clinique (n° 7). — A propos d'un individu atteint à la fois de myopathie progressive et de folie des dégénérés à évolution rapide vers la démence précoce, M. Joffroy, dans une revue extrêmement suggestive, montre que la dégénérescence consiste en une malformation congénitale du système nerveux tout entier, avec prédominance, suivant les cas, de tel ou tel syndrome. Il conclut en disant « que la chorée de Sydenham, la chorée de Huntington, la maladie des tics, la maladie de Parkinson, la maladie de Thomsen, le tabes, la maladie de Friedreich, la syringomyélie et toutes les amyotrophies dites primitives, ainsi que les troubles mentaux qui les accompagnent, ne sont que des manifestations diverses de la dégénérescence et qu'elles forment un groupe naturel qu'il désignerait volontiers sous le nom de groupe des maladies musculo-psychiques d'origine conceptionnelle ou héréditaire, ou pour tout dire en un mot, sous le nom de *myopsychies*.

V. — *Contribution à la psycho-physiologie des mourants; deux cas de chorée chronique*; par N. Vaschide et Ch. Vurpas (n° 9). — De deux cas de chorée chronique rapportés par les auteurs, il semble résulter que les mouvements cessent complètement quelques jours avant la mort. Les malades retrouvent l'aspect habituel de la face; un état de calme paraît précéder le cataclysme final; la mentalité est aussi modifiée, l'émotivité pathologique disparaît pour faire place à une passivité absolue. Cet ensemble de phénomènes rentre dans ce que l'on désigne sous le nom de pressentiment de la mort. « Il permet en outre de constater l'existence d'un état paradoxal, dans ce fait que des troubles dus à des lésions anatomiques cessent brusquement, précisément en raison de l'approche de la mort. »

VI. — *Nouvelle méthode de mensurations cérébrales, atrophie relative du lobe pariétal par rapport au lobe frontal dans la démence*; par Maurice Dide et Louis Chesnais (de Rennes) (n° 10). — En pratiquant des autopsies de déments, les auteurs ont été frappés des proportions anormales que semblaient avoir certaines portions du cerveau. Ils ont cherché une méthode qui leur permit de contrôler cette remarque et se sont arrêtés à un procédé de mensuration qui relève de la géométrie et de l'algèbre et que nous ne saurions résumer.

Dès maintenant, leurs mensurations confirmeraient, dans ses grandes lignes, les conceptions du professeur Joffroy sur le

siège des grands processus psychiques qui serait situé au niveau du grand centre d'association postérieur. Chiffres en mains, les auteurs constatent en effet que ces centres s'atrophient par rapport au centre antérieur dans la démence.

VII. — *Du parasite trouvé dans le sang des épileptiques*; par M.-Bra (n° 10). — Dans une note à l'Académie des sciences M. Bra a annoncé que les ponctions intraveineuses opérées sur soixante-dix sujets atteints d'épilepsie essentielle lui avaient permis de constater dans le sang de ces malades la présence constante, à des moments déterminés, d'un parasite qu'il a isolé et cultivé. Dans le présent travail, il expose la recherche du parasite dans le sang, sa morphologie, sa culture et les expériences qu'il a faites sur le lapin, expériences qui montrent que le liquide de culture injecté est convulsivant.

Il s'agit d'un coccus pouvant se grouper de différentes manières. C'est à l'approche des attaques et dans les crises incomplètes qu'on peut constater sa présence dans le sang.

« Il ne paraît pas douteux, dit l'auteur, que ce microorganisme soit l'agent pathogène de l'épilepsie et que le syndrome si complexe qui constitue le mal comitial ressortisse à l'action irritante qu'il exerce sur les diverses parties des centres nerveux par l'intermédiaire du liquide sanguin. »

VIII. — *Vitiligo chez une folle*; par M. Roudnew, d'Odessa (n° 13). — La question des rapports du vitiligo avec les maladies nerveuses est d'intérêt. On a déjà décrit plusieurs cas d'achromie cutanée en relation avec le tabes : elle peut aussi affecter des rapports avec les maladies mentales, selon l'opinion de l'auteur qui présente une observation. Evolution de la maladie : taches blanches symétriques, sur chaque côté du corps ; à leur niveau, altération de la sensibilité, chute des cheveux, des poils, des dents ; enfin troubles psychiques caractérisés par de l'excitation maniaque pure et simple.

IX. — *Les résultats du traitement mercuriel intensif appliqué à la paralysie générale et au tabes*; par M. G. Lemoine professeur à la Faculté de Lille (n° 14). — Au congrès de médecine de Toulouse, plusieurs communications furent faites tendant à démontrer que la paralysie générale et le tabes étaient plus sensibles qu'on ne croyait au traitement mercuriel intensif. M. Lemoine, qui partage cette manière de voir, rapporte dans ce mémoire les observations cliniques sur lesquelles il a fondé son opinion. Il s'agit d'abord de six observations de paralysie générale où, sous l'influence d'injections de benzoate de mer-

cure et de l'iodure de potassium à hautes doses, une amélioration plus ou moins considérable a été obtenue. Seuls, les paralytiques jeunes paraissent sensibles à l'action du traitement intensif.

Vient ensuite une série de six cas de tabes avec une guérison complète et cinq améliorations.

L'auteur a choisi, parmi les sels de mercure employés, le benzoate parce qu'il détermine rarement, même à hautes doses, les symptômes de l'intoxication. On peut donner pendant quarante jours, plus de 5 centigrammes de médicament sans avoir d'accidents.

X. — *Paralysie générale à marche rapide avec crises d'angoisse*; par Paul Londe (n° 14). — Il s'agit d'un paralytique avec délire hypocondriaque pris à intervalles plus ou moins rapprochés de crises d'anxiété avec angoisse précordiale et tachycardie à 140. Marche rapide de la maladie, mort consécutive à une dépression intense, accompagnée de dyspnée. Ce fait vient à l'appui de l'opinion qui fait de l'angoisse un trouble bulbaire.

XI. — *L'excitation sexuelle dans l'angoisse*; par Ch. Féré, médecin de Bicêtre (n° 21). — L'anxiété constitue un symptôme commun à un grand nombre d'états morbides (psychoses, neurasthénie). Freud a émis l'opinion que la forme de neurasthénie qui a reçu le nom de névrose d'angoisse, a pour cause principale l'accumulation de l'excitation sexuelle non satisfaite. La spécificité de cette cause n'est pas mieux établie que l'autonomie du symptôme. Si la sexualité troublée peut provoquer l'anxiété, l'anxiété peut provoquer des troubles de la sexualité.

L'auteur cite deux observations où l'on voit l'excitation sexuelle liée à l'anxiété et disparaître avec elle. Il ajoute : « Ce rapport entre l'excitation sexuelle et l'anxiété peut servir à éclairer certains cas d'algophilie, de l'anomalie de la sensibilité sexuelle qui caractérise le masochisme où le sujet trouve dans la douleur, dans la honte même, un mélange de sensualité (J.-J. Rousseau). »

XII. — *Le traitement spécifique dans les maladies organiques des centres nerveux sans syphilis antérieure*; par J. Grasset, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier (n° 23). — Après avoir été longtemps négligé, le traitement spécifique a repris grande faveur pour le traitement des maladies des centres nerveux avec syphilis antérieure. L'auteur, par cette même méthode, est arrivé à des résultats si

encourageants que, faute d'autres moyens, il l'a appliqué aux maladies organiques des centres nerveux sans syphilis antérieure et qu'il en a obtenu de bons résultats dans une série de cas. Il présente cinq observations qui semblent établir que, dans certains cas de lésion organique des centres nerveux, sans aucune preuve clinique de l'existence d'une syphilis antérieure, le traitement spécifique peut rendre de très grands services et empêcher la mort ou l'infirmité.

Progrès médical.

I. — *Syphilis cérébrale simulant une paralysie générale (épilepsie jacksonienne, dysarthrie, paralysies oculaires)*; par E. Brissaud et Alph. Péchin (n° 3). — Observation clinique montrant l'extrême complexité du diagnostic de la syphilis cérébrale. Pour arriver au diagnostic, nécessité d'analyser tous les symptômes isolément et dans leur succession. Dans des cas de cette nature, le syndrome paralysie générale, n'est pas d'une absolue pureté. Un des points intéressants de cette observation c'est que l'infection remontait à dix-huit ans. Disparition des symptômes sous l'influence du traitement spécifique.

II. — *A propos de la chirurgie chez les aliénés. Psychoses et névropathies*; par le Dr Franz Glénard (n° 10). — Rapide dissertation sur l'existence des psychoses symptomatiques qui seraient, jusqu'ici, en grande partie méconnues. L'aliéniste n'a qu'à céder sa place au chirurgien. Ce dernier dégagera « les adéquations des lésions avec les syndromes » et une nouvelle aurore luira. Sans vouloir diminuer le mérite de la chirurgie, qui, çà et là, a rendu quelques services dans le traitement de certaines psychoses, ce sont là des illusions qui ne résistent guère à une expérience même sommaire des maladies mentales et qu'un aliéniste ne saurait guère nourrir.

III. — *Sur le paramyoclonie multiple*; par le Dr Auguste Murri, de Bologne (nos 11 et 13). — D'après les travaux de l'auteur, analysés par le Dr Lebovici, de Carlsbad, le paramyoclonie n'est pas une maladie, mais un symptôme lié à des lésions matérielles ou fonctionnelles de la région rolandique.

Il y aurait, d'après cette théorie, des myoclonies épileptiques, d'origine méningitique, artérielle, inflammatoire, hystérique, etc.

Ce sont des vues purement doctrinales qu'aucune observation positive ne vient appuyer.

IV. — *Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde. De ses*

rapports avec l'aliénation mentale; par le D^r A. Paris (de Maréville, n° 2). — D'une épidémie de fièvre typhoïde observée par lui dans son service de Maréville, M. Paris tire quelques enseignements. Il présente quatre observations : les deux premiers cas montrent une influence favorable et durable de la fièvre typhoïde sur l'aliénation mentale; les deux suivants ne montrent qu'une atténuation passagère des symptômes de folie. Dans aucun il ne s'est produit de délire fébrile. Si on analyse les périodes de début de ces quatre cas d'aliénation, on constate que, bien qu'identiquement caractérisés, ils diffèrent très sensiblement quant à l'étiologie et à la pathogénie; les deux premiers sont le résultat de causes accidentelles (troubles de la nutrition); les deux autres sont la conséquence d'une tare héréditaire. Ainsi s'expliquerait, selon M. Paris, pourquoi la fièvre typhoïde guérit certaines psychoses et non certaines autres.

Archives générales de médecine.

I. — *La paralysie périodique familiale*; par MM. Oddo et V. Audibert, de Marseille (numéros de janvier, février, mars avril et mai). — Sous le nom de paralysie périodique familiale, on a récemment décrit, en Allemagne et en Amérique, « un état le plus souvent mais non constamment héréditaire, caractérisé par une perte transitoire, périodique et plus ou moins généralisée, des mouvements volontaires avec suppression des réflexes tendineux et troubles profonds des réactions électriques, sans atteinte de la sensibilité et de l'intelligence ».

Etiologie. — Il s'agit d'une affection assez rare; le total des cas publiés ne dépasse pas 64.

L'hérédité névropathique manque le plus souvent; l'hérédité similaire absorbe à elle seule toute la prédisposition transmise.

Certaines de ces familles sont parfois d'une mentalité supérieure. L'hérédité similaire peut manquer quelquefois; mais lorsqu'elle existe, les cas s'accumulent dans la même famille avec une multiplicité très frappante, mais distribuée au hasard, sans distinction de sexe. Chaque famille offre, comme c'est assez fréquent dans les affections familiales, quelques caractères spéciaux en sus des caractères généraux communs à toutes les observations.

Cette maladie débute ordinairement dans la jeunesse, rarement dans la première enfance et exceptionnellement dans l'âge mûr (de cinq à trente-six ans d'après les observations).

Le sexe masculin l'emporte de moitié environ dans le nombre des cas connus.

Toute influence étiologique accidentelle paraît étrangère au développement de la maladie.

Symptomatologie. — Ces attaques apparaissent le plus souvent pendant le sommeil ou tout au moins pendant le repos musculaire. Le malade se couche bien portant et se réveille paralysé. En un mot, l'inactivité musculaire paraît être la cause provocatrice la plus fréquente des attaques.

Parmi les influences pathogéniques autres, on a relevé la frayeur, le refroidissement, les excès de table et de coït; on constate parfois une certaine périodicité régulière dans le retour de la paralysie (attention expectante?).

Les prodromes peuvent manquer. Quand ils existent, ils sont constitués par un sentiment de faiblesse insolite dans les membres inférieurs, de chaleur diffuse, de soif intense, de sueurs, d'envies d'uriner, de céphalalgie, de somnolence, de malaises avec troubles vaso-moteurs.

Le début de l'attaque passe souvent inaperçu, se produisant dans le sommeil. Elle semble débiter par les membres inférieurs, gagne ensuite les membres supérieurs, puis le tronc et, enfin, le cou. L'élément prédominant est une paralysie motrice, flasque et complète; l'immobilité est absolue.

Les muscles du cou ne sont pris que partiellement, les mouvements de latéralité étant respectés. Les membres de la face sont toujours intacts, ceux de la langue aussi dans la plupart des cas, ainsi que ceux des mâchoires. Les mouvements de déglutition sont quelquefois troublés. Les muscles du larynx ne sont jamais atteints. La respiration est purement diaphragmatique et superficielle, la toux et l'éternuement sont supprimés.

La paralysie est toujours symétrique.

La rétrocession des accidents se fait en sens inverse de l'envahissement : cou, doigts, bras, corps, jambes.

L'intégrité de la sensibilité fait un contraste frappant avec la perte si étendue et si complète du pouvoir musculaire. Elle persiste dans tous ses modes; la sensibilité électrique, le plus souvent intacte, est parfois diminuée pour les courants faradiques.

La sensibilité subjective peut être légèrement altérée (pares-thésies, névralgies, etc.).

La perte des réactions électriques suit la paralysie dans sa

topographie et son évolution ; c'est une règle presque sans exception. On constate aussi la perte de l'excitabilité mécanique des muscles et des nerfs, l'abolition des réflexes tendineux, l'affaiblissement ou l'abolition des réflexes cutanés. Les sphincters sont intacts, l'intelligence est respectée. L'analyse des urines ne fournit aucun renseignement intéressant.

La durée de l'attaque complète est de vingt-quatre à quarante-huit heures. Outre la grande crise qui ne revient qu'à intervalles éloignés, il existe des crises ébauchées, abortives, frustes ou avortées qui se reproduisent à brève échéance, durent peu, et où la paralysie peut être limitée ou incomplète.

Pronostic. — La persistance des attaques pendant toute la vie constitue la règle habituelle.

Le *diagnostic* ne présente en général aucune difficulté.

Physiologie pathologique. — Trois théories ont été émises : 1° théorie de l'auto-intoxication ; 2° théorie de l'inhibition ; 3° théorie du trouble musculaire évolutif. Cette dernière est la plus vraisemblable. Bien qu'inconstantes, des lésions musculaires ont été constatées dans quelques cas.

Les myoplégies familiales doivent désormais prendre place à côté des myotonies.

Le mémoire se termine par de nombreuses observations cliniques dont une est personnelle aux auteurs.

II. — *Les associations du torticollis mental* ; par MM. Henri Meige et E. Feindel (numéro de février). — D'une observation clinique longuement décrite et analysée où le torticollis mental se trouve associé à divers autres troubles nerveux (migraines, crises psychiques épileptoïdes, hémichorée variable, crampes des écrivains), les auteurs concluent que : « une foule d'accidents spasmodiques qualifiés de spasmes, tics, crampes, chorées, myoclonies, myotonies, etc., peuvent apparaître et se développer sur le même terrain névropathique que celui où l'on voit éclore le torticollis mental, comme aussi une infinité de troubles psychiques peuvent se greffer sur le fond psychopathique dont le torticollis mental n'est qu'une émanation motrice ». Et ce qui est vrai pour le torticollis mental est vrai pour n'importe quel autre tic.

III. — *De l'impuissance provoquée par l'abus du tabac* ; par le D^r Le Juge de Segrais, de Luchon (numéro d'avril). — Une des manifestations les plus redoutables de l'influence dépressive exercée par l'abus du tabac sur les centres nerveux, c'est l'impuissance. Cette conséquence de l'intoxication n'est toute-

fois pas des plus fréquentes. L'auteur ajoute à ses considérations personnelles quelques observations qui paraissent favorables à sa thèse.

IV. — *Contribution à l'étude des troubles du langage par lésions de ses centres d'arrêt (Logorrhées de Pick)*; par le D^r R. Touche, de Brévannes (numéro d'août). — Dans son rapport au congrès de 1900 (section de novembre) le D^r Pick (de Prague) a insisté sur l'importance qu'il y aurait à faire intervenir, dans la question si complexe des aphasies, la notion de l'automatisme verbal et de son centre d'arrêt. M. Touche a cherché si la clinique et l'anatomie pathologique confirmaient cette conception d'une nouvelle forme d'aphasie, les logorrhées. De ses nombreuses observations, soit publiées antérieurement, soit insérées dans le mémoire que nous analysons, il conclut à la légitimité de ce nouveau syndrome.

Pour Pick, c'est le centre auditif des mots qui jouerait le rôle de centre d'arrêt. M. Touche pense que ce centre s'étend à toute la zone de l'aphasie sensorielle, suivant la théorie de Déjerine (gyrus supramarginalis, pli courbe, partie postérieure des première et deuxième temporales). Ce sont donc les lésions transitoires (intoxication) ou définitives de cette région qui produisent les logorrhées, ce qui explique qu'elles aient, avec les aphasies sensorielles, de nombreux points de contact.

Ce mémoire contient quinze observations cliniques et se termine par un tableau détaillé de toutes les formes de logorrhées : simple, paraphasique, jargonaphasique, avec écholalie, etc.

V. — *Sur le gigantisme*; par Henri Meige (numéro d'octobre). — A propos du donateur original qui a eu l'idée singulière de consacrer une partie de sa fortune à favoriser les mariages entre géants, M. Meige nous donne une excellente revue critique du gigantisme et de l'acromégalie. Il montre quels liens étroits unissent ces deux processus dont le premier n'est, qu'en apparence, physiologique et dont le second est franchement morbide et formule la proposition suivante :

« Il existe un trouble par excès de la fonction ostéogénique, qui se traduit par le *gigantisme* tant que l'os est capable de s'accroître en longueur; qui se traduit par l'*acromégalie* quand l'apparition des soudures épiphysaires fait que l'hypertrophie ne peut plus se manifester qu'aux extrémités des os. La cause de cette perturbation de la fonction ostéogénique ne peut être que soupçonnée actuellement.

« Mais il importe de tenir compte des affinités qui existent entre le développement osseux, le développement génital et l'état des glandes vasculaires sanguines. »

Annales d'hygiène publique et de médecine légale.

Durant l'année 1902 les *Annales d'hygiène* n'ont publié que deux mémoires concernant la psychiatrie : une courte note de M. Lucien Mayet sur les différentes formes mentales de l'ivresse alcoolique parue dans le numéro de février, et un rapport médico-légal de M. P. Garnier, en collaboration avec MM. Brouardel et Magnan intitulé : l'amnésie au point de vue médico-légal, publié dans le numéro de mars. Il s'agit d'amnésie simulée (affaire Dussolier, homicide volontaire). A propos du diagnostic, M. Garnier rappelle quels sont les principales formes de l'amnésie (amnésies toxiques, traumatiques, hystériques, épileptiques).

A. CULLERRE.

JOURNAUX AMÉRICAINS

American Journal of Insanity.

ANNÉE 1902

I. — *Procès, exécution, autopsie et état mental de Léon Czolgosz, meurtrier du président Mac Kinley*; par les D^{rs} Carlos Mac Donald et Edward Anthony Spitzka (numéro de janvier). — Le D^r Mac Donald de New-York, et le D^r Hurd, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Buffalo, furent chargés par les défenseurs de l'inculpé, d'examiner son état mental et de rechercher s'il ne présentait pas de marques de trouble mental. Ils le firent concurremment avec trois autres médecins que la justice avait désignés dans le même but. Tous les cinq furent d'accord dans leurs conclusions : que Czolgosz ne présentait ni marque des dégénérescence ni signes de maladie mentale. Ils n'eurent que deux jours à eux pour procéder à leur expertise, ce qui est assurément peu ; néanmoins ils purent

agir dans des conditions telles qu'ils posèrent sans hésiter leurs conclusions.

L'autopsie du meurtrier, faite par le D^r Spitzka, dont l'autorité à cet égard était incontestable, ne fit découvrir ni dans le crâne ni dans tout le cerveau aucune particularité spéciale, aucune anomalie, et cette autopsie confirma les experts dans leur opinion.

II. — *L'état mental de Czolgosz* ; par le D^r Walter Channing (numéro d'octobre). — Bien qu'il n'ait pas été publié au même moment, c'est à dessein que nous rapprochons cet article du précédent, puisqu'ils ont un même objet. Le D^r Channing reproche aux experts qui ont opéré au moment du procès de n'avoir basé leur opinion que sur leur examen direct et immédiat, sans tenir compte des antécédents. Il a fait de son côté une enquête sur toute la famille de Czolgosz et sur le passé de cet individu. Il a constaté qu'une tante du meurtrier avait été aliénée ; que lui-même, depuis plusieurs années, n'était pas dans un bon état de santé physique ; qu'il avait parfois des façons de faire singulières, comme par exemple, à l'instar de certains persécutés, de préparer lui-même sa nourriture et de s'isoler pour la manger ; que depuis quelque temps il avait cessé d'être, comme autrefois, un bon travailleur, et qu'il paraissait depuis lors s'être mis à s'imprégner des doctrines anarchistes. Dans ces conditions, le D^r Channing arrive à considérer Czolgosz comme un aliéné plutôt que comme un homme sain d'esprit, ayant accompli son meurtre à la manière de certains régicides qui étaient vraiment des aliénés. « En fin de compte, dit-il, l'étude de tous les faits dont j'ai eu connaissance m'amène à soutenir que la folie est, à mes yeux, la plus raisonnable et la plus logique explication du crime. »

III. — *Les méthodes d'hospitalisation des aliénés au vingtième siècle* ; par le D^r Frederick Peterson (numéro de janvier). — Il y a eu jusqu'ici trois époques, dit le D^r Peterson, celle de l'exorcisme contre les démons ; celle des chaînes et des cachots ; celle des grands asiles d'aliénés. On entre maintenant dans une quatrième qui sera celle où les maladies mentales aiguës seront traitées dans des hôpitaux spéciaux et où les chroniques seront hospitalisées dans des colonies. L'auteur entre dans quelques considérations où il expose à ce sujet sa manière de voir, et dit entre autres choses que le système colonial, plus agréable pour les individus que le système des grands asiles, n'est pas plus dispendieux à installer et à faire marcher.

Le mémoire où le D^r Peterson expose les idées que nous venons d'indiquer, fut lu à un Congrès d'assistance tenu à New-York en novembre 1901. Discutant ce mémoire, le D^r Mac Donald s'est élevé contre la tendance qu'il manifestait pour la séparation des aliénés en établissements distincts, suivant leur état aigu ou chronique, faisant valoir, entre autres motifs, que les aliénés placés dans les établissements de chroniques pourraient concevoir un vif chagrin de se voir ainsi en quelque sorte voués à l'incurabilité, et que leurs parents, pour le même motif, pourraient arriver trop vite à se désintéresser d'eux.

IV. — *Les hallucinations et les illusions*; par le D^r George T. Tuttle (numéro de janvier). — Étude clinique détaillée et intéressante, mais qui cependant ne révèle rien de nouveau. Elle pourrait être considérée comme un bon résumé de l'œuvre de Baillarger.

Le D^r Tuttle rattache aux illusions les impressions que croient ressentir des spirites de bonne foi. Quant à ce qui est des diverses théories proposées pour expliquer ces phénomènes morbides, aucune ne lui semble suffisamment décisive.

V. — *Note sur le travail anatomo-clinique fait à l'asile d'aliénés d'Indépendance, Iowa*; par le D^r Gershom H. Hill (numéro de janvier). — Cet asile compte en moyenne 1.000 malades. Il a cinq médecins-adjoints dont un est spécialement chargé des recherches d'anatomie pathologique. Les autres font aussi les examens chimiques et microscopiques. Ils sont assistés d'un secrétaire qui prend sous leur dictée les notes sténographiques relatives aux malades et rédige ensuite les observations. Ils ont à leur disposition des laboratoires nombreux et bien outillés. L'histoire de chaque malade, avec résultats d'autopsie, est résumée sur une fiche qui facilite les recherches et aide à la comparaison des divers cas entre eux.

VI. — *L'anatomie pathologique de la folie*; par le D^r Louis C. Petit (numéro de janvier). — Résumé de 56 autopsies relatives à des cas divers de maladies mentales, manie ou mélancolie aiguës et chroniques, démence consécutive ou sénile, folie épileptique, paralysie générale. Dans cinq cas seulement, on ne trouva dans le cerveau aucune lésion macroscopique, savoir dans un cas de manie épileptique, dans un cas de démence consécutive, dans un cas de manie aiguë et dans deux cas de mélancolie chronique. Partout ailleurs il y avait ou des lésions vasculaires, ou des troubles atrophiques ou des altéra-

tions en foyer, tumeurs ou abcès. Dans le plus grand nombre des cas, il y avait en même temps des altérations diverses des autres organes. Pour les cinq cas où le cerveau ne présentait rien d'anormal, on trouva : cas de folie épileptique, de la congestion rénale; cas de démence consécutive, un adénome du foie; cas de manie aiguë, de la cirrhose hépatique; enfin cas de mélancolie chronique, dans un des lésions rénales, dans l'autre une tumeur du foie.

VII. — *Étiologie de la paralysie générale*; par le D^r Arthur W. Hurd (numéro d'avril). — L'auteur admet que : la syphilis est le facteur le plus commun de la paralysie générale; elle peut agir directement, comme cause excitante, ou indirectement comme cause prédisposante; d'ordinaire elle n'est pas la seule cause et n'agit que concurremment avec le surmenage cérébral, l'alcoolisme ou l'hérédité; dans quelques cas la syphilis paraît ne pas intervenir, notamment s'il y a traumatisme cérébral.

VIII. — *Diagnostic précoce de la paralysie générale*; par le D^r Dercum (numéro d'avril). — Dans sa période prodromique, la paralysie générale est souvent très difficile à reconnaître; ayant, dans une certaine mesure, les allures de la neurasthénie, elle peut être aisément prise pour une neurasthénie simple.

Le D^r Dercum indique une base de diagnostic digne d'attention : c'est que chez le neurasthénique les symptômes sont surtout subjectifs, alors qu'ils sont objectifs chez le paralytique. Lorsque celui-ci a des douleurs de tête, un peu d'affaissement, de la fatigue, des troubles de caractère, de la difficulté à agir, ce n'est pas lui qui s'en plaint; ce n'est pas lui qui consulte le médecin à cet égard, c'est son entourage qui remarque les changements survenus. Le neurasthénique au contraire est tout en sollicitude de ce qui lui arrive, il s'étudie minutieusement et obsède le médecin de ses préoccupations.

Même élément de diagnostic peut exister entre la paralysie générale au début, et la mélancolie simple ou l'hypocondrie.

Lorsque les signes physiques de la paralysie générale se manifestent, la confusion n'est plus possible.

IX. — *Fréquence comparée de la paralysie générale*; par le D^r Charles G. Wagner (numéro d'avril). — Étude sommaire où l'auteur montre que dans les asiles d'aliénés aux États-Unis la paralysie générale forme environ 9 p. 100 des cas de folie; qu'elle survient surtout entre trente et cinquante ans; qu'elle

paraît devenir plus fréquente qu'autrefois ; que les hommes en sont atteints plus que les femmes dans la proportion de huit à dix ; enfin qu'elle aboutit toujours à la mort dans un intervalle de deux ans et demi. Elle est plus commune chez les citadins que chez les campagnards. Elle attaque des individus de toutes sortes de professions, soit intellectuelles soit manuelles ; plus souvent elle reconnaît pour cause principale l'hérédité, le surmenage, les excès sexuels, l'alcoolisme, les désordres de l'existence, et parfois l'insolation ou le traumatisme cérébral.

X. — *Traitement de la paralysie générale ; ses règles et ses chances de succès* ; par le D^r Edward Cowles (numéro d'avril). — Il semblerait que, comme c'est ici le cas, du moment où on se trouve en présence d'une maladie dont les lésions sont bien connues, le traitement devrait en devenir plus facile. Cela n'est point. Le médecin en réalité est ici désarmé. Tout au plus, en se basant sur l'hypothèse qui consiste à regarder la paralysie générale comme étant de nature toxémique, peut-on s'attacher à combattre spécialement l'auto-intoxication du malade ; mais cela est tout à fait aléatoire.

XI. — *Sur l'hérédité* ; par le D^r William C. Krauss (numéro d'avril). — Après avoir rappelé quelques notions générales connues sur l'hérédité ; après avoir particulièrement insisté sur ce que l'existence d'une seule maladie mentale dans une famille ne suffit pas pour faire dire qu'il puisse y avoir menaces héréditaires ; sur ce que l'hérédité n'existe pas nécessairement si la maladie mentale est survenue chez les parents après la naissance de l'enfant ; sur ce que l'influence de transmission héréditaire est plus grande par la mère que par le père ; sur ce que la folie chez les parents en même temps que l'existence de certaines tares dans la famille, comme l'excentricité, l'alcoolisme, l'épilepsie, l'hystérie, l'hypocondrie, les tendances vicieuses ou criminelles, sont grosses de menaces héréditaires ; l'auteur reproduit ses recherches statistiques faites dans les treize asiles d'aliénés de l'État de New-York. Ces recherches, qui paraissent faites avec grand soin, sont présentées sous forme de tableaux fort intéressants à consulter. Il serait trop long de les reproduire ici. Bornons-nous à constater qu'elles indiquent avec une assez grande certitude l'hérédité dans 40 p. 100 des cas de maladies mentales traitées dans ces asiles.

XII. — *Sénilité et démence sénile* ; par le D^r William L. Russell (numéro d'avril). — La sénilité est une des phases inévitables de l'évolution de la vie chez tous les êtres animés. Elle consiste

en un ensemble de modifications dont la principale est la sclérose des organes. Elle survient chez l'homme environ vers la soixantième année. Une fois commencée, elle est progressive. Elle se traduit surtout par l'affaiblissement des sens et des facultés. Quand cet affaiblissement porte sur les centres nerveux, il peut aboutir à la démence sénile. Mais toute démence qui se produit dans la sénilité n'est pas nécessairement sénile; elle peut être due à des altérations cérébrales d'autre sorte. Enfin, on doit constater que la démence sénile n'est pas nécessairement le terme de la sénilité.

XIII. — *Recherches sur l'élimination de l'indican, de l'acétone et de l'acide diacétique dans les diverses psychoses*; par le D^r Isador H. Coriat (numéro d'avril). — Nous ne pouvons indiquer que d'une manière très sommaire les résultats de ces recherches qui paraissent avoir été faites avec grand soin. Il en résulte que l'acétone et l'acide diacétique se rencontrent assez fréquemment dans les formes dépressives de la folie, qu'il s'agisse de paralysie générale, d'alcoolisme, d'épilepsie, de démence, ou d'états mélancoliques simples. Dans les mêmes formes l'indican peut se trouver en proportion moindre que la normale, mais le plus souvent il y est en excès, et c'est l'inverse qui se produit dans les états d'excitation maniaque.

XIV. — *Le critérium de la folie et les problèmes de la psychiatrie*; par le D^r E. Stanley Abbot (numéro de juillet). — L'auteur de cet article se demande ce qu'est la folie, et après avoir constaté que ce n'est point parce qu'un individu aura une lésion du cerveau, ou une déviation du crâne, ou un trouble fonctionnel quelconque, qu'on pourra le dire fou, il met le critérium de la folie dans l'appréciation comparée des actes de l'individu et des conditions dans lesquelles ces actes sont accomplis; il définit donc la folie : « un état morbide de l'esprit qui rend impossible, pour l'individu conscient, de penser, de sentir ou d'agir, à l'égard de ce qui l'entoure, conformément à ce qui devrait être le mobile de ses déterminations ». Aussi, selon lui, la première chose importante dans l'étude des aliénés, c'est l'examen de leurs actes. Il ne conteste pas l'utilité des laboratoires où l'on examine les organes et les excréments des aliénés; mais on y peut étudier autre chose que les rapports de cause à effet entre les maladies des organes et l'aliénation mentale.

XV. — *Les psychoses de la fièvre typhoïde*; par le D^r Clarence B. Farrar (numéro de juillet). — Dans bien des cas la

fièvre typhoïde évolue sans déterminer de trouble mental. Dans d'autre cas, au contraire, ce trouble se présente dans des conditions diverses et n'est point toujours en rapport avec la gravité de la fièvre. Les personnes prédisposées par l'hérédité versent alors plus facilement dans le délire que les autres. Une fièvre de longue durée se termine aisément par une psychose; enfin une seconde ou une troisième rechute de maladie y conduisent aussi mieux qu'une première atteinte.

L'auteur examine les psychoses dont il s'agit dans trois conditions : le délire initial de la fièvre; le délire de la période d'état; les psychoses de la convalescence et des suites. Ces psychoses, dit-il, n'ont en elles-mêmes aucun caractère distinctif spécial.

XVI. — *Quelques points du diagnostic de la démence précoce*; par le D^r William Rush Dunton (numéro de juillet). — Il s'agit ici de la démence précoce telle que l'entend Kraepelin, à savoir une forme de maladie mentale d'emblée incurable et devant aboutir nécessairement à l'affaiblissement intellectuel. A cela près qu'il importe d'abord de déterminer autrement qu'on ne l'a fait jusqu'ici ce qu'est réellement cette démence précoce, il serait de grand intérêt de reconnaître dès son début son existence et sa nature. Le D^r Dunton accorde pour cela de l'importance aux manifestations suivantes : certains troubles moteurs, tics, grimaces, mouvements stéréotypés, manières excentriques; l'exagération des réflexes; les impulsions soudaines; l'irritabilité du nerf facial. Ce dernier phénomène se constate en frappant légèrement juste au devant de l'oreille, en prenant le soin de faire que le mouvement par lui-même n'amène pas le clignement des yeux; on peut alors voir se produire dans l'orbiculaire des paupières des mouvements dont l'intensité est variable et qui peuvent aller jusqu'à faire grimacer tous les muscles de la face,

XVII. — *De quelques causes de mort dans la mélancolie*; par le D^r Adolf Meyer (numéro de juillet). — Les causes dont il s'agit sont d'ordre en quelque sorte accidentel. Sur trente-six autopsies, le D^r Meyer a trouvé qu'une dizaine de fois la mort était due à des causes de ce genre. Ainsi, par exemple, dans six cas il s'agissait de broncho-pneumonie provenant de ce que les aliments étaient passés dans les bronches, parce que les malades ne savaient pas avaler; dans d'autres cas les malades avaient eu des lésions du rectum causées par des lavements ou de la cystite consécutive à des ulcérations du rectum; dans

d'autres encore il s'agissait d'infarctus pulmonaires ayant déterminé une mort subite. Les premiers faits montrent qu'il faut apporter une grande prudence dans la manière dont on fait manger les mélancoliques ou dont on agit sur leur tube digestif.

XVIII. — *Les pratiques hydrothérapiques comme adjuvants du traitement de la folie*; par le D^r Emmet C. Dent (numéro de juillet). — C'est surtout le bain et la douche chaudes qui sont préconisés ici, même dans les formes dépressives de la folie, par exemple dans la mélancolie avec stupeur.

XIX. — *La loi de mise en observation pour les aliénés criminels dans l'Etat de Vermont*; par le D^r Walter D. Berry (numéro de juillet). — Cette loi autorise à mettre en observation, dans l'asile d'aliénés de l'Etat, tout inculpé pour lequel on invoque la folie. Le D^r Berry rapporte plusieurs cas où cette loi servit soit à faire reconnaître une folie méconnue, soit à déjouer des tentatives de simulation. Il en montre les avantages tant pour les individus que pour la bonne administration de la justice.

XX. — *Des bons effets des conversations raisonnables sur les aliénés*; par le D^r Jas W. Buckley (numéro de juillet). — Il y a des cas où en parlant d'une manière raisonnable à certains aliénés on peut contribuer à les améliorer; cette façon de faire est très utile avec les convalescents; elle peut même s'employer avec des délirants systématiques. Mais on ne doit pas chercher à les convaincre; on doit plutôt viser à entretenir avec eux une conversation quelconque de manière à les distraire de leur délire.

XXI. — *Les infirmiers des asiles d'aliénés*; par le D^r A. B. Richardson (numéro d'octobre). — L'admission d'un infirmier dans l'asile dont le D^r Richardson est directeur est subordonnée aux précautions suivantes. Le candidat donne un extrait de son casier judiciaire indiquant qu'il n'a subi aucune condamnation. Il doit indiquer l'instruction qu'il a reçue, donner l'emploi de son temps année par année, fournir des certificats de moralité donnés par deux habitants honorablement connus de sa résidence, faire connaître s'il a déjà rempli d'autres emplois publics, et notamment dans un asile d'aliénés, fournir enfin un certificat de bonne santé. Dans le cas où il aurait servi dans un autre asile, il devra produire un certificat du directeur de cet asile. — Chaque mois se fait un classement des candidats à l'emploi d'infirmier; quand un emploi est vacant

une commission spéciale indique au directeur de l'asile les noms des trois qui lui paraissent préférables, et cet emploi est attribué à l'un d'eux. Si le nom d'un candidat est ainsi présenté trois fois sans avoir été retenu, il est définitivement rayé des listes. Jusqu'à son admission, le candidat suit les cours de l'école d'infirmiers, et ce sont les notes obtenues à ces cours qui déterminent l'ordre de classement dans la présentation. Dans la première année de service, les infirmiers hommes reçoivent 20 dollars par mois, les femmes 18. Dans la seconde année les appointements sont de 25 et de 20 dollars. Plus tard les hommes peuvent aller jusqu'à 35 et les femmes jusqu'à 30.

En terminant son article, le Dr Richardson se dit partisan de l'introduction des infirmières femmes dans les services d'hommes aliénés. Elles peuvent, selon lui, se mettre auprès de presque toutes les catégories de malades, aigus ou chroniques, et notamment près des infirmes. Elles soignent mieux les malades que les hommes et s'en tirent sans difficultés sérieuses. Cependant les infirmiers doivent être conservés concurremment pour tenir les emplois les plus pénibles.

XXII. — *La folie processive*; par le Dr Edward B. Lane (numéro d'octobre). — L'auteur rapporte l'histoire d'une femme, qui était en réalité une persécutée vraie, laquelle cherchait à se venger de tous ceux dont elle croyait avoir à se plaindre. A propos de ce fait, il dit quelques mots de la littérature médicale allemande et anglaise sur ce sujet, et paraît ne pas connaître la française. A la lumière des travaux de Falret, il n'aurait sans doute pas classé sa malade parmi les aliénés que nous nommons processifs.

XXIII. — *Assainissement des asiles d'aliénés en ce qui concerne les tuberculeux*; par le Dr G. A. Mc Cullum (numéro d'octobre). — L'auteur demande que les tuberculeux des asiles soient isolés dans des pavillons qui leur soient spécialement destinés.

XXIV. — *Résultats du traitement familial des aliénés dans l'Etat de Massachusetts*; par le Dr Owen Copp (numéro d'octobre). — En 1885, l'Etat de Massachusetts décida de faire l'essai de placement des aliénés dans des familles qui voulussent bien les recevoir. De 1885 à 1888, le nombre des aliénés ainsi placés augmenta progressivement. Mais ensuite il diminua beaucoup jusqu'à devenir presque nul en 1897. L'auteur ne dit pas à quoi fut due cette diminution. Peut-être à des mécomptes. De fait, environ 47 p. 100 des aliénés ainsi placés

durent, pour des motifs divers, être ramenés à l'asile. Actuellement, le même État tente d'organiser ce placement dans de meilleures conditions. Le Dr Copp estime qu'il ne convient qu'à des aliénés d'un certain âge, à des vieillards qui soient propres, d'assez bonne tenue, tranquilles et qu'on puisse traiter comme s'il ne s'agissait pas d'aliénés.

XXV. — *La vie sous la tente pour les aliénés tuberculeux*; par le Dr C. Floyd Haviland (numéro d'octobre). — Note sur les résultats d'un essai que pendant tout un an, à partir de juin 1901, le Dr Macdonald, directeur de l'asile de Manhattan, a fait pour faire vivre sous la tente un certain nombre de tuberculeux. Quatre-vingt un malades furent ainsi traités successivement. Pendant l'hiver, on prit les précautions utiles pour qu'ils n'eussent pas froid. On veilla aussi d'une manière spéciale aux soins de bonne alimentation et d'hygiène sous le rapport de la propreté. Un certain nombre éprouvèrent une amélioration sérieuse; quelques-uns parurent guérir, et dans l'ensemble la mortalité fut parmi eux bien moindre que dans les salles ordinaires de l'asile. Le succès avait donc été réel.

XXVI. — *La vie sous la tente pour les aliénés déments et gâteux*; par le Dr Arthur B. Wright (numéro d'octobre). — En même temps qu'on mettait sous la tente des tuberculeux, à l'asile de Manhattan, on y mit des gâteux et des déments. Mais on ne les y laissa que pendant la belle saison. La plupart s'en trouvaient fort bien et leur santé physique y gagna beaucoup.

XXVII. — *Folie sympathique chez deux sœurs jumelles*; par le Dr Geo. S. Walker (numéro d'octobre). — Le cas est curieux. Les deux sœurs jumelles en question avaient toujours eu une telle sympathie l'une pour l'autre que si l'une tombait malade l'autre était prise immédiatement d'une maladie semblable. C'est ainsi, entr'autres choses, que toutes deux furent atteintes de pneumonie, ce qui semble à peine croyable. En ce qui concerne un accès de folie, voici ce qui se passa. L'une d'elles fut inopinément prise d'un accès de manie aiguë, avec violente agitation. Sa sœur vint pour la soigner; dès qu'elles furent l'une avec l'autre, la seconde fut atteinte à son tour, exactement de la même maladie, avec les mêmes manifestations. On les sépara; on les traita chacune de leur côté, et cependant chez toutes deux la maladie évolua identiquement de la même manière. Bien qu'elles ne pussent se voir, elles eurent ensemble

et au même moment une période d'amélioration qui fut assez prononcée pour faire espérer une guérison. On leur permit alors de se voir; elles se reconnurent, mais ne se rendirent pas compte de leur état. Peu après, en même temps, elles retombèrent et toutes deux, presque en même temps, aboutirent à la démence.

VICTOR PARANT.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

- State Asylum for the chronic insane of Pennsylvania. Eleventh annual report for the year ending september, 1904. 46 pages in-8°, avec pl. Reading. Pa., 1905.
- Compte général de l'administration de la justice criminelle (France, Algérie, Tunisie), pendant l'année 1902, présentée au Président de la République par le garde des sceaux, ministre de la Justice. 172 pages in-folio. Paris, Imprimerie nationale, 1904.
- Biennial report of the directors and superintendent of the West Virginia hospital for the insane at Weston, from october 1, 1902, to september 30, 1904 (inclusive). 98 pages in-8°, avec pl. Charlerton, 1904.
- Asile d'Auxerre. Rapport sur les enfants anormaux présenté au préfet de l'Yonne par le D^r Wahl, médecin-adjoint. 120 pages in-8°. Auxerre, imprimerie Albert Lanier, 1905.
- Valor de la psicopatologia en la antropologia criminal; par le D^r José Ingegnieros. 23 pages in-8°. Extrait de *La Semana medica*, 1904.
- Twenty-third annual report of the state hospital for the insane at Warren, Pennsylvania, for the year ending november 30, 1904. 100 pages in-8° avec planches. Warren, 1905.
- Síndromas episódicos en los degenerados mentales. Estados patológicos de la afectividad. Un caso de « pedofilia » morbida con extasis contemplativo; par le D^r José Ingegnieros. 16 pages in-8°. Extrait de *La Semana medica*, 1904.
- A case of moral insanity with repeated homicides and incendiarism and late development of delusions; par le D^r Henry R. Stedman. 23 pages in-8° avec planches. Extrait de *l'American Journal of insanity*, 1904.
- Trastornos del lenguaje musical en los histéricos (Dis-musias histéricas); par le D^r José Ingegnieros. 32 pages in-8°. Extrait de *l'Argentina medica*, novembre 1904.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés de février et de mars 1905 : M. le D^r MAUPATÉ, directeur-médecin de l'asile de la Charité (Nièvre), est promu à la 2^e classe de son grade (6.000 fr.);

M. le D^r CAPGRAS, médecin-adjoint de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), est promu à la 1^{re} classe de son grade (3.000 fr.);

M. le D^r RODIET, médecin-adjoint de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 fr.);

M. le D^r BONNET, médecin en chef de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier), est promu à la 1^{re} classe de son grade (7.000 fr.).

— *Arrêté du Préfet de Police du 30 mars 1905* : M. le D^r LEGRAS, premier médecin-adjoint de l'Infirmerie spéciale du Dépôt, est nommé médecin en chef du service en remplacement de M. le D^r Paul Garnier, décédé;

M. le D^r DUPRÉ, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés, est nommé médecin en chef adjoint de l'Infirmerie spéciale du Dépôt.

SÉANCE SOLENNELLE ET BANQUET DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

La Société médico-psychologique a tenu sa séance solennelle le lundi 17 avril 1905, sous la présidence de M. CH. VALLON.

Les récompenses suivantes ont été décernées :

PRIX BELHOMME. — 900 francs. — Question : *De l'association des idées chez l'idiot et l'imbécile.*

Deux mémoires ont été envoyés. Le prix n'est pas décerné; mais deux mentions honorables sont accordées : la première, avec 300 francs, au mémoire n° 1 qui a pour auteurs : MM. MAXIMILIEN BOULENGER, médecin des écoles de la ville de Bruxelles, et PAUL MINNAERT, psychologue, à Bruxelles; la seconde, avec 200 francs, au mémoire n° 2, qui a pour auteur M. JOSEPH BOYER, professeur de l'Institut médico-pédagogique de Vitry (Seine).

PRIX ESQUIROL. — 200 francs, plus les œuvres de Bailarger. — Cinq mémoires ont été envoyés.

Le prix est décerné au mémoire n° 4, intitulé : *Contribution à l'étude du caractère des paralytiques généraux. Leur prétendue bienveillance*, et qui a pour auteur M. AUGUSTE BONHOMME, interne de la Maison nationale de Charenton.

Une mention honorable est accordée au mémoire n° 1, intitulé : *Etude des troubles physiques dans la démence précoce hébéphréno-catatonique*, et ayant pour auteur, M. LOUIS TREPSAT, interne de l'asile d'Evreux (Eure).

PRIX MOREAU (de Tours). — 200 francs. — Sept thèses ont été envoyées.

Le prix est décerné à M. le D^r PRIVAT DE FORTUNIÉ, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), pour sa thèse intitulée : *Etude sur les délires post-partum envisagés spécialement au point de vue de la pathogénie*.

Trois mentions honorables sont, en outre, accordées :

1° A M. le D^r HENRI DAMAYE, interne des asiles de la Seine, pour sa thèse intitulée : *Etude de diagnostic entre les états de débilité mentale* ;

2° A M. le D^r PAUL JUQUELIER, chef de la clinique des maladies mentales, pour sa thèse ayant pour titre : *Contribution à l'étude des délires par auto-intoxication (Insuffisance hépatique latente et petit brightisme* ;

3° A M. le D^r CH. PETIT, pour sa thèse intitulée : *Revue critique et clinique des atrophies musculaires progressives (Importance de la réaction de dégénérescence)*.

Le soir, à 8 heures, eut lieu le banquet annuel au restaurant Marguery. Vingt convives y prirent part, au nombre desquels nous avons été heureux de compter cinq membres correspondants : MM. Doutrebente, Giraud, Laurent, Lwoff et Gilbert Petit, ainsi que trois lauréats de la journée : MM. Bonhomme, Privat de Fortunié et Trepsat. Au dessert, le président, M. Ch. Vallon, a porté un toast, qui fut très applaudi, à la Société médico-psychologique, aux absents, aux lauréats. M. J. Voisin a bu à la santé du président ; enfin, M. Armand Laurent, le doyen des membres correspondants, a lu une pièce de vers de circonstance, qui fut très goûtée. Les convives ne se séparèrent que fort tard, après une soirée pleine d'entrain et de cordialité.

NÉCROLOGIE

D^r PAUL GARNIER. — Nous avons le douloureux regret d'annoncer la mort du D^r Paul Garnier, décédé subitement le vendredi 17 mars dernier, dans sa cinquante-septième année.

Paul-Émile Garnier était né à Chérac (Charente-Inférieure), le 28 avril 1848. Il fit ses études médicales à Paris et se spécialisa de bonne heure ; son esprit curieux se sentait attiré

vers ces problèmes si complexes de la pathologie mentale. Deux maîtres éminents présidèrent, en quelque sorte à son éducation psychiatrique, le professeur Ch. Lasègue et M. le Dr Magnan, et l'on peut dire qu'il tenait à la fois de l'un et de l'autre : à l'exemple du premier, il se complaisait volontiers dans la plus fine analyse clinique, s'arrêtant particulièrement aux singularités psycho-pathologiques ; mais comme le second, il cherchait à synthétiser ce que cette analyse clinique, souvent poussée très loin, lui avait permis de recueillir. Cette double tendance peut se constater dès le premier travail publié par notre regretté collègue : je veux parler de sa thèse de doctorat, soutenue en 1877, sur *les idées de grandeur dans le délire de persécution*.

La carrière publique de Paul Garnier se déroula tout entière à la Préfecture de Police. Nommé d'abord médecin-inspecteur des asiles publics d'aliénés, il devint, en 1882, à la mort du professeur Lasègue, médecin-adjoint de l'Infirmerie spéciale du Dépôt, en remplacement de Legrand du Saulle, nommé médecin en chef. Quelques années après, en 1886, Legrand du Saulle mourait, et Garnier obtint sa succession. Il sut profiter largement, et faire profiter les nombreux élèves qui suivaient ses visites, des riches éléments scientifiques qui passaient journellement sous ses yeux ; il continuait ainsi dignement la tradition de ses maîtres et prédécesseurs dans la délicate fonction qu'il occupait. Aussi ce fut pour lui une très grande satisfaction, le jour où son enseignement, de privé qu'il était jusque-là, reçut une consécration officielle. En créant un Institut médico-légal, la Faculté de médecine chargea Garnier d'un cours de médecine légale psychiatrique. Le nouveau chargé de cours attira à ses leçons un nombreux auditoire ; son enseignement, essentiellement clinique et pratique, obtint le plus vif succès : il donnait satisfaction à une curiosité légitime et répandait parmi les nouvelles générations médicales des idées saines sur la médecine mentale.

Garnier a publié de nombreux volumes et mémoires ; tous ses écrits ont pour qualités maîtresses une grande clarté, une érudition très étendue, une riche documentation clinique. Signalons tout particulièrement trois volumes qui seront toujours lus avec fruit : *La folie à Paris. Etude statistique, clinique et médico-légale* (1890) ; *Internement des aliénés, thérapeutique et législation* (1898) ; *Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses*, en collaboration avec le Dr Colollian (1901).

Garnier a été frappé par la mort subitement, brutalement, en pleine santé physique et morale. Sa mort inattendue jeta dans la consternation tous ceux qui l'estimaient et l'aimaient.

Ses obsèques eurent lieu le mercredi 22 mars au milieu d'un

grand concours d'amis, de collègues, d'élèves, venus pour rendre un dernier hommage à celui qui avait dignement honoré sa profession et rendu à la science d'éminents services.

Son corps fut transporté à Cour-sur-Loire (Loir-et-Cher). Les discours, au nombre de cinq, furent prononcés, à la gare d'Orléans, dans l'ordre suivant : 1° M. Motet, au nom de la Société de médecine légale ; 2° M. Ritti, au nom de la Société médico-psychologique ; 3° M. Legras, au nom de l'Infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de Police ; 4° M. le professeur Brouardel, au nom de l'Institut médico-légal de la Faculté de médecine ; 5° M. Laurent, secrétaire général de la Préfecture de Police, au nom de l'administration de la Préfecture de Police.

Nous reproduisons les trois premiers de ces discours, dans l'ordre où ils ont été prononcés.

Discours de M. le Dr MOTET, Président, au nom de la Société de médecine légale.

Messieurs,

Au nom de la Société de médecine légale de France, je salue le collègue profondément regretté que la mort vient de nous enlever d'une manière si brusque, si imprévue.

Garnier disparaît en pleine activité, en plein travail, laissant inachevées des œuvres où il se proposait de faire connaître les résultats de sa pratique médico-légale singulièrement instructive.

Hélas ! c'est le sort de ces travaux tout personnels, de ces documents patiemment amassés pour être utilisés un jour par l'esprit qui les avait classés, de ne plus pouvoir donner tout ce que nous étions en droit d'en attendre. Nos regrets sont d'autant plus amers, que nous savons mieux quel fut le prodigieux effort de Garnier. Depuis plus de vingt-cinq ans c'est échelon par échelon qu'il s'est élevé à la haute situation à laquelle il est arrivé. A l'école de Lasègue il avait pris des habitudes d'observation sévère, et il avait reçu de ce maître incomparable des leçons qui restèrent le guide le plus sûr de sa carrière de médecin légiste : il s'en souvenait avec reconnaissance, c'est à elles qu'il a dû la maturité de son jugement et la sûreté de ses appréciations dans les difficiles et délicates expertises qui lui furent confiées. Mais aussi, messieurs, combien lui furent utiles les enseignements de cette admirable clinique qu'est l'Infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de Police. Voir chaque jour passer devant soi des aliénés atteints des formes aiguës ou chroniques des maladies mentales, sous leurs aspects les plus variés ; se trouver aux prises avec les difficultés d'un diagnostic que souvent bien peu de renseignements éclair-

rent, c'est là une tâche d'autant plus redoutable, d'autant plus ardue qu'il y a une décision à prendre, une mesure grave à indiquer, et dont l'opportunité est parfois discutée avec plus de passion et de parti pris, qu'avec une juste appréciation des intérêts d'un malade souvent dangereux, et incapable de jouir sagement de la liberté qu'il réclame.

Garnier, médecin en chef de cet important service depuis 1886, a rempli ces fonctions avec un tact, une prudence, une autorité et une sagacité, qui justifiaient la confiance que l'administration avait en ses lumières, et dans la sûreté de ses jugements.

Il apportait le même soin dans ses expertises médico-légales, et les magistrats accueillaient ses avis avec une faveur méritée. Le nombre de ses rapports est considérable; ils sont remarquables par la précision avec laquelle il étudiait le malade, les faits, et la clarté qu'il savait mettre dans ses conclusions.

Ce furent ces qualités qui le signalèrent à votre choix lorsqu'en 1887, il posa sa candidature à la Société de médecine légale de France. Il nous communiqua de nombreux travaux, il prit à nos discussions une part des plus actives, et il se distingua dans les Commissions par son esprit très ouvert, par son jugement très sûr, mûri d'ailleurs par une vaste expérience. Il fut pour nous le collègue le plus utile et aussi le plus estimé.

Nous pouvions attendre beaucoup encore de lui dont l'œuvre était déjà considérable. Il nous reste aujourd'hui le souvenir de sa vie laborieuse, de l'honneur que nous apportaient ses succès dans les congrès scientifiques, aussi bien chez nous qu'à l'étranger : les questions qu'il y traita eurent parfois une haute portée sociale, soit qu'il s'agît de l'alcoolisme, des perversions morales, de la criminalité juvénile, ou de la législation sur les aliénés.

Aussi, messieurs, c'est avec un sentiment de profonde tristesse que la Société de médecine légale de France apporte à cet homme si distingué le témoignage de l'estime en laquelle le tenaient tous ses collègues, l'expression sincèrement émue de ses regrets.

Elle adresse à M^{me} Garnier ses plus respectueuses condoléances, et elle la prie de lui permettre de s'associer à sa douleur.

*Discours de M. le D^r ANT. RITTI, au nom de la
Société médico-psychologique*

C'est avec une véritable stupéfaction que nous avons appris la nouvelle de la mort soudaine de notre savant et estimé collègue. Nous ne voulions pas y croire; cependant il fallut.

bien se rendre à l'évidence : cette belle intelligence, toujours en éveil, s'était éteinte subitement, comme par un coup de foudre, alors que sa tâche était loin d'être terminée, que l'heure du repos n'avait pas encore sonnée.

La Société médico-psychologique, dont je suis ici l'interprète désolé, perd en Paul Garnier un de ses membres les plus distingués, un de ceux qui lui faisaient le plus d'honneur par l'étendue de ses connaissances, l'aménité de son caractère, l'honorabilité de sa vie, et surtout par l'idée très élevée qu'il s'était faite de ses devoirs professionnels.

Elu membre titulaire de notre compagnie en juillet 1881, sous les auspices de maîtres tels que le professeur Lasègue, les D^{rs} Legrand du Saulle et Magnan, il fut appelé, quelques mois après, aux délicates fonctions de secrétaire chargé de la rédaction des comptes rendus des séances. Avec quel dévouement, quelle conscience, quelle exactitude, il remplit cette tâche difficile, on peut s'en rendre compte en consultant les nombreux procès-verbaux qu'il rédigea pendant plus de dix ans, alternativement avec notre excellent collègue, le D^r Charpentier. Sous sa plume facile, nos discussions, parfois un peu confuses, gagnaient en précision et en élégance, sans rien perdre de leur vérité.

La Société médico-psychologique, reconnaissante des services rendus par son zélé secrétaire des séances, l'appela, en 1897, à présider ses travaux. Nous n'avons pas oublié le discours que Paul Garnier prononça en prenant possession du fauteuil présidentiel. Nous l'y trouvons tout entier, avec ce tact et cette mesure qui le caractérisaient, avec cet ardent amour du progrès, ce souci constant du mieux, dont il avait la préoccupation. Il ne craignait pas les discussions « un peu vives, ardentes même » ; il les désirait, au contraire, parce que, disait-il, elles appellent « d'une séance à l'autre, ces répliques où les esprits peuvent s'échauffer parfois, se passionner quelque peu, mais où la vérité scientifique finit, en dernière analyse, par se faire jour, pour projeter une clarté nouvelle sur les recherches qui nous sont chères. » Notre président avait raison : les discussions passionnées ne sont pas à redouter, car de leur choc naît la lumière ; mais il savait intervenir à propos lorsque dans la chaleur du débat on abandonnait le terrain de la science pour s'aventurer sur celui des personnalités : avec un tact exquis et un tour de main d'une rare habileté, il ramenait à la question sans qu'il y eût de part ni d'autre aucun froissement.

Les nombreuses discussions auxquelles prit part notre regretté collègue sont encore présentes à votre esprit. Nous ne saurions oublier qu'il provoqua, par des rapports d'une clarté parfaite, les remarquables débats sur le délire chronique, sur la

classification des maladies mentales, sur les signes physiques, intellectuels et moraux des folies héréditaires, sur d'autres points encore de la médecine mentale qu'il serait trop long d'énumérer. Jamais il ne prenait la parole que pour faire des observations frappées au coin du bon sens, résultant d'une connaissance approfondie des malades.

Paul Garnier était, en effet, un clinicien d'une rare sagacité; ses qualités naturelles d'observateur, il les avait développées au contact de maîtres éminents. Auprès de Lasèque, de Legrand du Saulle et de M. Magnan, il acquit cette sûreté et cette rapidité de coup d'œil, si nécessaire dans les fonctions difficiles et délicates qu'il était appelé à occuper et qu'il remplit pendant près de vingt ans à la satisfaction générale.

Ces fonctions de médecin en chef de l'Infirmerie spéciale de Dépôt de la Préfecture de police, celles de médecin expert près les tribunaux, les unes et les autres très absorbantes, ne permettaient plus que très rarement, dans ces derniers temps, à notre collègue d'assister à nos séances; nous le regrettions. Son concours nous était précieux; on faisait volontiers appel à son savoir étendu, à sa vaste expérience.

L'œuvre scientifique de Paul Garnier est considérable. Depuis l'année 1877 où il soutint sa thèse si remarquée sur les idées de grandeur dans le délire de persécution, il n'a cessé d'apporter d'importantes contributions à la connaissance des diverses formes de la folie. Est-il nécessaire de rappeler ici son savant mémoire sur les vertiges avec délire, qui fut couronné par l'Académie de médecine; ses recherches sur la coexistence d'un double délire chez le même sujet; son mémoire sur l'aphasie et la folie? Mais c'est surtout dans le champ de la médecine légale qu'il a abondamment moissonné. Tous, nous lisons avec le plus vif intérêt les importants travaux que lui inspiraient ses nombreuses expertises médico-légales, et nous en tirions de sérieux profits. Nous savions, en effet, avec quelle intelligence clinique, avec quel souci de la vérité, il examinait les malheureux dont le sort était en quelque sorte remis entre ses mains. C'est qu'il avait la conscience nette et profonde de l'immense responsabilité qui incombe au médecin-expert en aliénation mentale; son rôle, plein de périls et de difficultés, exige, pour être rempli dignement, une grande expérience et beaucoup de circonspection.

Ces qualités, nous les constatons dans tous les travaux de médecine légale publiés par notre savant collègue. On nous permettra, toutefois, de signaler d'une façon spéciale son mémoire si prudent et si pondéré sur l'automatisme somnambulique devant les tribunaux; celui, si instructif et qui fut très goûté, sur la simulation de la folie et la loi sur la relégation;

son livre, si suggestif, sur les fétichistes pervers et invertis sexuels, qui fut couronné par l'Académie de médecine; enfin, son remarquable rapport sur les perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal. Ce rapport, dont il fut chargé pour la section de Psychiatrie du Congrès international de médecine de 1900, obtint le plus légitime succès; ses conclusions furent unanimement approuvées par les nombreux médecins aliénistes français et étrangers, venus à Paris pour assister à cette grande réunion scientifique.

L'étude de la folie ne saurait se cantonner dans l'exclusif examen clinique ou médico-légal de l'aliéné; elle soulève trop de problèmes sociaux et prophylactiques dont la solution s'impose aux constantes méditations du médecin aliéniste. Paul Garnier n'a pas hésité à aborder les plus importants d'entre eux : les ouvrages qu'il leur a consacrés méritent une place d'honneur dans notre littérature spéciale pour la clarté et l'agrément du style comme par la richesse de la documentation, par l'élévation des idées autant que par le grand sens pratique qui s'y révèle.

Son livre, la *Folie à Paris* restera. Il nous montre, à l'aide de statistiques exactes et prises à bonne source, la terrible maladie devenant, d'année en année, plus envahissante, par suite, surtout, du développement de l'alcoolisme. En attendant le jour où l'on se décidera, pour diminuer le mal, à appliquer les moyens prophylactiques que le médecin aliéniste connaît bien, mais qu'il n'est pas en son pouvoir d'appliquer, il ne saurait mieux faire que de rechercher avec soin les procédés thérapeutiques les meilleurs pour améliorer le sort des malheureux confiés à ses soins. Ces procédés, Paul Garnier les a étudiés excellemment dans son ouvrage sur l'*Internement des aliénés*, et dans son *Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses*. Dans l'un comme dans l'autre de ces deux volumes, se trouve toujours la note juste, si bien exprimée dans ces quelques lignes : « Les illusions thérapeutiques sont non moins dangereuses que ce scepticisme décourageant qui, en méditant trop du présent et de ses incertitudes, tend à stériliser l'avenir. Si la part de bien que peut réaliser le médecin est trop restreinte encore pour que tout enthousiasme ne lui soit pas interdit, elle est pourtant assez importante pour l'encourager et lui inspirer une foi profonde en l'utilité de sa mission. »

L'idée si élevée qu'il s'était ainsi faite du rôle du médecin, notre collègue s'est appliqué à la réaliser. Il apportait dans l'accomplissement de ses fonctions tout son zèle, mais aussi tout son cœur. Bon et affable à tous, il dépensait le meilleur de lui-même pour les infortunés si nombreux qui, tous les jours, étaient soumis à son examen.

Toutes ces belles qualités qui avaient gagné à notre collègue, notre estime et notre affection, furent anéanties en un clin d'œil ; l'inexorable mort l'enlevait brusquement en pleine force, en pleine activité intellectuelle, à l'âge où lui étaient encore permis « les longs espoirs et les vastes pensées ».

Au nom de la Société médico-psychologique que vous avez honorée par vos travaux et pour votre existence si digne et si bien remplie, je vous adresse, cher collègue, les suprêmes adieux. Puissent ces témoignages d'affectueuse sympathie porter quelque adoucissement à la douleur déchirante de la compagne de votre vie, à son amer regret de n'avoir pu recevoir avec votre dernier regard un dernier adieu.

Discours de M. le D^r LEGRAS, au nom de l'Infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de Police.

Cher Maître,

Au moment de votre départ pour Cour, où vous allez dormir votre dernier sommeil, près des bords de la Loire dont les méandres majestueux vous plongeaient dans un ravissement jamais assouvi, au nom du personnel de l'Infirmerie spéciale je vous apporte l'expression de ses douloureux sentiments, en témoignage de son attachement et de sa tristesse. Et, pour ma part, qu'il me soit permis d'exprimer toute l'affliction que j'éprouve, à la suite du brutal évanouissement d'une collaboration qui date de près de vingt années, et au cours de laquelle je n'ai jamais senti la main du chef incontesté, tandis qu'au contraire j'ai reçu de vous, dans nombre de circonstances, quelquefois pénibles, des preuves d'une amitié cordiale dont je garde une inaltérable reconnaissance.

Cruelle ironie du Destin ! C'est alors que Garnier commençait à recueillir le fruit de lutttes laborieuses et difficiles, soutenues avec une inlassable persévérance et une habile diplomatie, afin de mettre en lumière les richesses scientifiques qui journellement passent par l'Infirmerie spéciale ; c'est alors qu'il voyait ses leçons accompagnées d'un légitime succès, que la maladie, éclatant comme un coup de foudre, l'a terrassé pour toujours.

Garnier avait une intelligence très vive et très ouverte, faite de clarté. Il avait rencontré au début de sa carrière médicale, à Paris, deux maîtres illustres, Magnan et Lasèque, dont il fut l'élève et dont il devint l'ami dévoué. C'est sous leur direction qu'il apprit à n'accepter que les faits confirmés par la clinique. Comme il le répétait sans cesse à ses auditeurs de l'Infirmerie spéciale : « En médecine, il faut toujours en revenir à la clinique qui seule juge les théories. » Et c'est imbu de ce principe salubre que Garnier, pendant les congrès scientifiques, descendait dans la lice, et sortait vainqueur des tournois qui s'y livraient.

Il était doué d'un flair médical qui lui permettait de surmonter les difficultés d'un diagnostic en apparence irréalisables. Il fallait le voir, à l'Infirmerie spéciale, pendant sa visite quotidienne, lorsqu'il se trouvait en présence d'un de ces cas obscurs qui y abondent. Il fallait voir avec quelle dextérité clinique il savait écarter les broussailles qui encombraient le chemin à parcourir, atteindre au but visé, et résumer alors dans une formule concise composée par deux mots associés, ou bien dans un néologisme heureux, toute la caractéristique de la maladie. Et pourtant, malgré sa longue et profonde habitude de la clientèle qui fréquente l'Infirmerie spéciale, Garnier était contraint parfois de reconnaître qu'il lui était impossible de solutionner le problème médical que le hasard avait fait surgir devant lui. C'est qu'à cette infirmerie, qui est le Pandemonium des misères humaines et des turpitudes sociales réelles ou feintes, la pratique de la médecine y revêt une allure toute particulière, qui n'existe que là, qui ne s'improvise pas, et qui exige un long apprentissage. C'est ce que n'ignorent pas ceux qui suivaient les visites de Garnier. Le malade s'y présente sous un aspect vierge de toute influence étrangère quelle qu'elle soit : il se laisse voir dans toute sa magnificence morbide, et observé aujourd'hui à l'Infirmerie spéciale, il apparaîtra le lendemain sous un aspect différent dans l'établissement hospitalier qui l'aura accueilli. C'est ce qu'a exprimé sous une forme pittoresque un des maîtres les plus affectionnés de Garnier, en disant : « A l'Infirmerie spéciale, les malades y arrivent tout chauds. » Mais celle-ci ne reçoit pas uniquement des individualités déchues mentalement, on y amène aussi journellement des personnes qui ont subi seulement une secousse morale à répercussion éphémère, et pour laquelle quelques consolations, opportunément données, leur apportent du réconfort, et les ragaillassent en les relevant à leurs propres yeux. C'est pourquoi, à l'Infirmerie spéciale, le médecin doit pouvoir sortir de son rôle habituel, et se doubler à l'occasion d'un psychologue et d'une indulgente compassion. Garnier possédait à un haut degré cette précieuse faculté, sachant être tour à tour fin clinicien, psychologue perspicace, et obéir aux lois de l'humanité.

A l'Infirmerie spéciale, cher Maître, vous ne disparaissiez pas complètement ; il y reste quelque chose de vous et de votre esprit : vous vous y survivez, car vos successeurs se heurteront à des difficultés cliniques qui vous feront apparaître à leurs yeux, qui évoqueront votre souvenir ; et celui-ci, entouré d'une auréole bienfaisante, planera toujours dans cette Infirmerie spéciale que vous avez tant aimée.

Au revoir, cher Maître, dans ce monde inconnu où, comme l'a dit le poète, pour toujours nous nous réunirons.

D^r SAUVET. — Nous ne voulons pas laisser disparaître un des doyens du corps médical de Marseille, le D^r Sauvet, qui vient de s'éteindre à l'âge de quatre-vingt-sept ans, sans lui consacrer une notice nécrologique dans les *Annales médico-psychologiques*. Il a du reste, comme nous le verrons plus loin, plus d'un titre à ce souvenir dans un journal dont il fut le collaborateur aussi savant qu'apprécié.

Oublié de la génération actuelle, puisque sa collaboration remonte à une quarantaine d'années, il dut, comme bien d'autres aliénistes, malheureusement, renoncer à une vie scientifique qu'il aimait, pour laisser absorber ses dons précieux par une clientèle toujours grandissante. Il eut pourtant la consolation de mettre en pratique, au cours de sa carrière, les leçons qu'il avait puisées près de maîtres tels que Moreau (de Tours) et Renaudin, et son action plus modeste n'en fut pas moins très appréciée de ses confrères et de ses malades.

Le *Marseille médical* a décrit, en larges traits sa vie médicale à Marseille et sur sa tombe le professeur. Livon de l'Ecole de médecine, au nom de l'Association générale des médecins des Bouches-du-Rhône, dans une improvisation émue, a retracé la longue carrière de ce praticien qui, à la tête du service médical de l'Administration pénitentiaire de notre ville, a traversé plusieurs épidémies, se multipliant de toute façon et n'ayant remporté aucune récompense de son dévouement que la satisfaction du devoir accompli et la reconnaissance de tous ceux qu'il a soulagés (1).

On se doutait peu à Marseille qu'à côté du médecin praticien existait un Sauvet, aliéniste distingué, qui avait, dans de savants mémoires, donné la preuve de sa science et de la sûreté de son observation.

Depuis déjà de longues années, vivant à l'écart de ses confrères, il avait laissé ignorer, par modestie et non par oubli, ses succès dans les études médico-psychologiques.

Nous allons combler cette lacune.

Le D^r Sauvet n'a pas laissé de descendance directe et c'est à l'amabilité si connue de notre vénéré confrère et ami, le D^r Lachaux, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés et médecin de la maison de santé de Sainte-Marthe, à Marseille, que nous devons les renseignements précis que nous allons donner. Il a trouvé dans ses souvenirs une documentation suffisante pour faire revivre la figure si intéressante, à notre point de vue spécial, de notre regretté confrère le D^r Sauvet. C'est donc dans les documents fournis par la famille et les notes précieuses du D^r Lachaux que nous allons puiser. Que ce dernier nous per-

(1) *Marseille médical*, 1^{er} janvier 1905.

mette de lui adresser avec tous nos remerciements, notre reconnaissance pour son concours si amical.

Né le 14 juin 1818, le Dr Sauvet, fut interne intérimaire à Bicêtre, du 1^{er} juillet 1843 au 31 juillet 1844, dans le service de Moreau (de Tours). A son départ, son chef lui délivra un certificat des plus élogieux et Sauvet partit pour l'asile de Fains, où il remplit les fonctions d'interne du 1^{er} août 1844 au 10 mai 1848. Il quitta l'asile peu de temps avant le départ de son éminent chef de service Renaudin, qui allait prendre la direction de l'asile de Maréville. Pour montrer combien Sauvet avait pris à cœur ses fonctions et s'était montré supérieur à leur modestie, nous ne pouvons résister au plaisir de reproduire le certificat qui lui fut délivré lors de son départ.

« J'atteste que, pendant toute sa période d'internat, Jean-
« Joseph Sauvet a laissé d'excellents souvenirs à l'asile de
« Fains, où chacun a pu apprécier ses excellentes qualités
« morales, son instruction étendue et son dévouement constant
« aux intérêts de l'humanité souffrante. Il a rendu des services
« réels à cet établissement où, rigoureux observateur du
« devoir, il a constamment poursuivi les abus et concouru à la
« prospérité de cette maison. — Signé : RENAUDIN. »

« Appelé à Marseille pour des raisons impérieuses de
famille, M. Sauvet, malgré les sollicitations de MM. Ferrus et
Parchappe, inspecteurs généraux, dut refuser d'entrer dans les
asiles en qualité de médecin. Il lui en coûta beaucoup d'op-
poser un refus à ce témoignage de haute estime que ses études
et ses travaux lui avaient mérités. Mais s'il ne put revenir sur
sa décision, il n'en continua pas moins à avoir avec ses maîtres
des relations qui font son éloge. Il n'oublia jamais ses études
aliénistes qui avaient laissé une si profonde empreinte dans son
esprit et, abonné des *Annales*, il suivit d'un œil attentif les
étapes et les progrès de cette branche spéciale de la médecine.
A la tête d'une clientèle qui prenait tout son temps, il n'en
accepta pas moins les fonctions de médecin des prisons, parce
qu'il espérait trouver dans ce milieu des occasions de mettre à
profit ses connaissances en aliénation mentale. Il put ainsi,
dans maintes circonstances, signaler à la justice les erreurs
commises sur des détenus qui étaient du ressort du médecin
aliéniste et non du tribunal correctionnel ou de la cour d'as-
sises (1). »

Nous ne ferons que citer les différentes épidémies de choléra
qui sévirent dans les prisons et lui valurent les témoignages de
haute satisfaction de ses chefs.

Reçu docteur en médecine en 1849, il fut nommé peu après

(1) Extrait d'une note manuscrite du Dr Lachaux.

membre de la Commission de surveillance de l'asile des aliénés de Marseille. Il remplit ces fonctions jusqu'en 1859, époque à laquelle il démissionna volontairement. Nous regrettons que les registres des délibérations de l'asile n'existent plus. Ils nous auraient certainement montré les services éminents rendus aux aliénés qui avaient été l'objet de sa préoccupation constante pendant son internat. Il fut certainement écouté de ses collègues, comme le méritaient sa science et ses connaissances spéciales en aliénation mentale. Il est profondément regrettable que cette partie de sa vie n'ait laissé aucune trace écrite, car certainement elle fut féconde en résultats heureux pour le bien des malades et l'amélioration de leur sort.

Nous terminerons en donnant l'énumération succincte des travaux que publia notre regretté confrère, nous en tenant surtout aux publications qui concernent l'aliénation mentale. C'est d'après les documents fournis par la famille que nous présentons ce tableau.

Certaines de ses œuvres reflètent peut-être un peu trop les idées du temps, pour notre génération; mais elles sont écrites d'une plume sérieuse et documentée. Rien n'est livré au hasard mais tout à l'observation. C'était un digne élève de maîtres tels que Moreau (de Tours) et Renaudin et ses travaux nous laissent le regret de voir un homme qui promettait tant dans la spécialité, mis par les nécessités de la vie dans l'obligation d'y renoncer. Ce n'est pas que Sauvet n'ait rendu plus tard des services signalés, comme en témoignent ses rares contemporains et l'estime de tous ses confrères, mais ils n'eurent pas l'intérêt scientifique que promettaient ses premières publications.

Remarques sur le délire consécutif aux fièvres typhoïdes (*Annales médico-psychologiques*, numéro de septembre 1845);

Réflexions sur l'emploi des évacuations sanguines dans le traitement des maladies mentales (*An. méd. psych.*, numéro de septembre 1848);

Considérations sur le délire. *Thèse* de Paris, avril 1849;

Note sur l'hérédité. Broch. in-8°. Paris, 1868;

Plusieurs mémoires, manuscrits dédiés à l'autorité départementale et entre autres :

1° De l'organisation du service de la prostitution en mars 1854;

2° De l'administration hospitalière en France, adressé par M. le Préfet à M. le ministre (conclusions à appliquer aux établissements hospitaliers; la loi de 1838 sur les aliénés). Ce travail lui valut les félicitations du ministre de l'Intérieur.

De l'organisation des établissements hospitaliers en Alle-

magne, publication dans *Le Sémaphore* de Marseille en 1850-51.

D^r BOUBILA.

D^r LIGIER. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du D^r Ligier, directeur de l'asile de Bron (Rhône), décédé le 22 mars 1905, dans sa cinquante-quatrième année.

Le D^r Ligier naquit à Poligny (Jura), le 31 mars 1851. Après avoir fait ses études médicales à la Faculté de Lyon, il vint pratiquer la médecine dans sa ville natale, et s'y fit rapidement une réputation justement méritée. Ses concitoyens l'appelèrent à siéger au conseil municipal, puis au conseil général. Ce n'est que le 1^{er} décembre 1893 qu'il entra dans l'administration comme sous-directeur de la Maison nationale de Charenton ; il occupa ce poste pendant près de sept ans ; il le quitta le 31 juillet 1900 pour celui de directeur de l'asile de Montdevergues (Vaucluse). Il y a quatre mois à peine, il était nommé directeur de l'asile de Bron (Rhône).

Le D^r Ligier laisse à tous ceux qui l'ont connu le souvenir d'un homme excellent, d'un administrateur sage et prudent. Dans tous les postes qu'il a occupés, il s'est fait de nombreux amis qui ont su apprécier la sûreté de son commerce, sa bonté et sa bienveillance, et qui regretteront sa mort prématurée.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans sa séance du 14 mars 1905, l'Académie de médecine a reçu communication de la liste des ouvrages et mémoires envoyés pour les concours des prix à décerner à la fin de cette année ; elle a procédé dans la même séance à la nomination des commissions de ces prix. Voici les renseignements relatifs à la médecine mentale et nerveuse :

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (Brésil). — N° 4. Contribution à l'étude pathogénique de la paraplégie du mal de Pott. — Devise : « *Vitam impendere vero.* » (Juvénal.)

N° 6. De l'hystérie dans l'armée. Pli cacheté sans devise.

Commission : MM. Terrier, Fernet, Barrier.

PRIX BARBIER. — N° 1. Rage ; ses complications, guérison des suites de commotions cérébro-spinales post-rabiques, par M. le D^r Gagnière, de Saint-Chef.

N° 5. Recherches sur les éliminations urinaires des épileptiques pendant le régime ordinaire et le régime déchloruré, par MM. le D^r Roger Voisin et Louis Krantz, interne des hôpitaux de Paris.

Commission : MM. Duguët, Kelsch, Chauffard.

PRIX CIVRIEUX. — N° 1. Devise : « *Dans les instants*

difficiles, nous n'avons pour guide, pour lumière que la science et la conscience; bien savoir, juger juste, et sentir fortement, voilà la règle de la bonne conduite. » (U. Trélat.)

N° 2. Devise : « *Observer sans idée préconçue.* »

Commission : MM. Magnan, Motet, Joffroy.

PRIX CLARENS. — N° 3. Le maraichinage; coutume du pays de Mont (Vendée), par le D^r Marcel Baudouin, de Paris.

N° 6. Traité de l'alcoolisme, par MM. les D^{rs} H. Triboulet, F. Mathieu et R. Mignot, de Paris.

Commission : MM. Brouardel, Vallin, Netter.

PRIX DESPORTES. — N° 7. Les neurasthénies; traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse; par M. le D^r A. Godlewski, de Paris.

N° 13. Série de mémoires concernant la thérapeutique générale et le traitement de l'épilepsie, par M. le D^r Toulouse, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Villejuif.

Commission : Section de thérapeutique.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — N° 1. Epilepsie et maladies nerveuses, par M. le D^r Gagnière, de Saint-Chef (Isère).

N° 2. Le liquide céphalo-rachidien, par M. le D^r Milian, de Paris.

N° 3. Recherches sur le plexus solaire, par M. le D^r Maxime Laignel-Lavastine.

N° 4. Nouveau traitement de l'épilepsie, par la ligature du sinus longitudinal supérieur au-dessus du pressoir, par M. le D^r Henry Delagénère, du Mans.

N° 5. Des scléroses combinées de la moelle, par M. le D^r O. Crouzon, de Paris.

N° 6. Isolement et psychothérapie. — Traitement de l'hystérie et de la neurasthénie, — Pratique de la rééducation, par MM. les D^{rs} Jean Camus et P. Pagnez, de Paris.

N° 7. Contribution à l'étude des affections nerveuses paroxystiques (états épileptiques). Devise : « *Je reconnais qu'il fallait pour l'entreprendre plus de savoir que je n'en ai; mais les honnêtes gens me sauront peut-être gré de mes efforts.* » (Daniel Leclerc, 1696.)

N° 8. Douze années de médecine en Vendée, revue de neuropathologie. Devise : « *Semons toujours, à d'autres la moisson.* »

Commission : MM. Richer (Paul), Raymond, Troisier.

PRIX LEFÈVRE. — N° 1. Devise : « *Une âme saine dans un corps sain.* »

N° 2. Devise : « *Palingénésie.* »

N° 3. Devise : « *Tout état émotionnel a une cécité et une insensibilité naturelle pour tous les faits qui s'opposent à lui.* » (William James.)

Commission : MM. Hutinel, Joffroy, Chauffard.

PRIX HENRI LORQUET. — N° 1. Les psychoses puerpérales et les processus d'auto-intoxication, par M. le D^r Roger Dupouy, de Paris.

N° 2. Etude des troubles physiques dans la démence précoce hébéphréno-catatoniques, par M. L. Trepsat, interne à l'asile d'aliénés d'Evreux.

N° 3. Edgard Poë, sa vie et son œuvre. Etude de psychologie pathologique, par M. Emile Lauvrière, de Paris.

N° 4. Des traumatismes craniens dans leurs rapports avec les psychoses et les épilepsies, par M. le D^r A. Marie, médecin en chef des asiles publics de la Seine, et Marcel Viollet, interne à l'asile de Villejuif.

N° 5. Etude sur la pathogénie des troubles mentaux liés aux lésions circonscrites de l'encéphale, par M. le D^r Joseph Charpentier, de Paris.

N° 6. Rapport sur les enfants anormaux, par M. le D^r Wahl, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés d'Auxerre.

N° 7. Influence de l'estomac sur l'état mental et les fonctions psychiques, par M. le D^r Lucien Pron, de Joinville (Haute-Marne).

Commission : MM. Magnan, Motet, Raymond.

CONCOURS SUR TITRES POUR LA NOMINATION AU POSTE DE MÉDECIN SUPPLÉANT DE LA MAISON NATIONALE DE CHARENTON.

Par arrêté ministériel en date du 7 janvier 1905, un concours sur titres a été ouvert pour la nomination au poste de médecin suppléant de la Maison nationale de Charenton, en remplacement de M. le D^r Antheaume, nommé médecin titulaire.

Le jury de ce concours était ainsi composé :

MM. DEBOVE, doyen de la Faculté de médecine, *président* ;
DEFERT, avocat, membre de la Commission consultative de la Maison nationale de Charenton ;

JOFFROY, professeur de la clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine ;

Ogier, inspecteur général au Ministère de l'intérieur ;

RENAULT, médecin des hôpitaux ;

RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenton ;

DE SAINT-SAUVEUR, chef de bureau au Ministère de l'Intérieur.

Cette Commission s'est réunie les jeudis 9 et 16 mars 1905.

Onze candidats ont envoyé leurs titres qui ont été examinés. Le choix de la Commission s'est porté sur M. le Dr ROGER MIGNOT, ancien chef de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, médecin-adjoint des asiles d'aliénés.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

40. *Tentative d'homicide et suicide.* — On lit dans le *Journal* (numéro du dimanche 26 février 1905) :

Un drame poignant s'est passé hier rue du Temple. Une mère a tenté de tuer son enfant et s'est ensuite donné la mort à elle-même. Voici les faits, qui ont soulevé dans le quartier une émotion profonde :

Un jeune homme de vingt-neuf ans, Louis Boulousa, ouvrier peintre, s'installait il y a quelques années, rue du Temple, 18, avec sa femme Hélène, vingt-six ans, et sa fille, Louise, une blondinette de deux ans.

Le ménage vivait heureux. Le mari avait de bonnes journées. La femme, couturière, ne manquait pas d'ouvrage. Cela dura six ans. Un jour, Boulousa s'alita, atteint d'une fluxion de poitrine. Quarante-huit heures après, il était mort.

La douleur de la veuve fut immense. Le désespoir la gagna, tournant à la folie. Elle cessa tout travail et, bientôt, elle et sa fille furent réduites à la plus noire misère.

Hier matin, vers onze heures, elle embrassa son enfant, la ligotta à la barre d'appui de la fenêtre de la salle à manger et, s'armant d'un revolver de fort calibre, fit feu sur elle à deux reprises.

Heureusement, la main de la mère tremblait. Les balles allèrent se perdre dans la rue. Aux cris affolés de la petite victime et au bruit des détonations, les voisins accoururent ; ils trouvèrent la porte barricadée.

Cependant, en quelques instants, une foule énorme s'était amassée d'où montaient des clameurs hostiles. La folle, alors, tournant son arme contre elle-même, se logea dans la tête trois balles.

La mort fut instantanée.

A ce moment, les voisins enfoncèrent la porte et délivrèrent la malheureuse fillette, qui poussait des cris de terreur.

M. Picot, commissaire de police du quartier Saint-Merri, a été prévenu. Le magistrat a trouvé au domicile de M^{me} Boulousa une lettre dans laquelle celle-ci lui annonce qu'elle a préféré pour elle et son enfant la mort à la misère.

41. *Actes de violences.* — On lit dans le *Petit Parisien* (numéro du lundi 6 mars 1905) :

M. Coston, commissaire de police du quartier des Epinettes, était tranquillement assis devant son bureau, hier soir,

à cinq heures, lorsque soudain un individu, les yeux hagards, les vêtements en désordre, fit irruption dans la pièce et se mit à pousser de véritables hurlements :

— Au feu ! au feu ! criait notre homme, tandis qu'il arpen-tait le cabinet du magistrat, à grandes enjambées.

Brusquement, il saisit à pleine main dossiers, plumes, et l'encrier qui se trouvaient sur la table de travail de M. Coston et les lança violemment dans la direction du commissaire.

Il ne fallut pas moins de trois gardiens de la paix pour main-tenir le forcené, qui put être cependant conduit, mais non sans lutte, à l'infirmerie spéciale du dépôt.

Ce malheureux dément, un nommé Ferdinand Locher, âgé de trente-cinq ans, demeurant à la Varenne-Saint-Hilaire, avait été interné déjà à l'asile Sainte-Anne, à la suite de chagrins intimes qui lui avaient troublé la raison.

42. *Tentatives d'homicide.* — On lit dans l'*Echo de Paris* (numéro du lundi 6 mars 1905) :

Un homme très correctement vêtu s'arrêtait hier matin, bou-levard de l'Hôpital, au pied d'un arbre, sortait de la poche de son pardessus un gros rouleau formé d'une toile cirée qu'il accrochait après l'arbre. Puis, sur ce tableau noir improvisé, il se mettait à résoudre des équations.

Un employé de commerce qui passait, M. Félix Semaize, s'arrêta intrigué et se mit à regarder, avec une pointe d'admi-ration, les signes cabalistiques que traçait le « savant ».

Soudain celui-ci se retourna, et, apercevant M. Semaize :

— Ah ! s'écria-t-il, vous voulez me voler mon invention, misérable !

Et, tirant un revolver de sa poche, il fit feu à deux reprises sur le curieux. Atteint à la cuisse et au bras droit, M. Semaize tomba. Des passants accoururent, s'emparèrent du meurtrier et le conduisirent au poste où il déclara se nommer Louis Geniest, âgé de quarante-quatre ans, rentier, demeurant à Malakoff.

— Je suis un grand savant, dit-il. J'ai résolu le problème de la navigation aérienne. Comme je ne puis faire mes calculs qu'en plein air, puisqu'il s'agit des ballons, je suis bien obligé de travailler dans la rue ; mais je ne veux pas qu'on me vole mon invention !

M. Yendt, commissaire de police, a envoyé le pauvre fou à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Quant à M. Semaize, on l'a transporté à l'hôpital Cochin.

43. *Alcoolique assassin.* — Depuis un an environ, M^{me} veuve Leguet, marchande des quatre-saisons, vivait, 1, rue Gaillot, avec un charretier, Victor Guibert, âgé de quarante-deux ans. Celui-ci, bon et brave ouvrier, n'avait jamais eu de discussions avec elle que sur un point : M^{me} Leguet voulait garder chez

elle son fils, Edmond Leguet, âgé de dix-neuf ans, paresseux et alcoolique. Le charretier s'y opposait.

Aussi de profonds dissentiments divisaient les deux hommes et de fréquentes querelles éclataient entre eux. A différentes reprises, Edmond Leguet avait proféré des menaces de mort contre Victor Guibert, lui promettant de lui faire son « affaire » quand il jugerait le moment propice.

Ce moment, Edmond Leguet le trouvait hier après-midi, vers une heure. Alors que le charretier sommeillait après déjeuner, il s'approcha de lui et le frappa de six coups de couteau à la poitrine et à la tête. Aux cris poussés par la victime, des voisins accoururent à son secours, cependant que le meurtrier allait se constituer prisonnier au commissariat de police de la rue de la Butte-aux-Cailles.

— Je viens de tuer mon beau-père, dit Edmond Leguet à M. Bouyssou, secrétaire, et je viens me rendre.

M. Pélatan, commissaire de police, accompagné de M. Bouyssou, se rendit, 1, rue Gaillot, où il trouva Victor Guibert étendu sur son lit, inondé de sang.

La victime a été transportée immédiatement à l'hôpital Cochin, où l'on a jugé son état très grave.

Edmond Leguet a été envoyé au Dépôt (*Le Matin*, numéro du mardi 7 mars 1905).

44. *Infanticide*. — On écrit de Cherbourg au *Journal* (numéro du jeudi 9 mars 1905). — La femme Richard âgée de vingt-huit ans, mariée à un ouvrier de l'arsenal, après avoir étranglé sa fillette, âgée de trois mois et demi, l'habilla et la coucha dans un berceau, puis envoya chercher le médecin.

Celui-ci constata la mort par strangulation.

A la suite d'une descente de justice, le médecin légiste a examiné cette femme; il la suppose atteinte d'aliénation mentale et l'a fait placer en observation à l'hôpital.

TRIBUNAUX

Cours d'assises des Bouches-du-Rhône. — Un drame à l'asile Saint-Pierre. — La cour a jugé, hier, le nommé Joseph Barthélemy, né à Saint-Germain-Laprade, arrondissement du Puy (Haute-Loire), infirmier servant à l'asile d'aliénés de Saint-Pierre, inculpé de coups mortels. Cette affaire emprunte sa gravité à la qualité de l'inculpé et aux conséquences déplorables de l'acte qu'on lui reproche.

Voici comment l'acte d'accusation relate les faits :

Le sieur Sabaton, qui était atteint de paralysie générale, fut interné à l'asile d'aliénés de Marseille, le 16 décembre 1904, et placé dans la deuxième infirmerie affectée aux gâteux, sous la surveillance de l'accusé Barthélemy. Le 25 décembre 1904,

vers 10 heures du soir, Barthélemy rentra dans la salle confiée à ses soins, après avoir passé plusieurs heures au cabaret, mais il ne paraissait pas ivre. Un peu plus tard, il engagea une lutte des plus vives avec le malade Sabaton qui, cependant, avait paru aux autres surveillants calme et tranquille avant le retour de Barthélemy. L'accusé prétend que Sabaton s'armant d'une chaise se serait précipité sur lui et qu'il aurait été obligé de se défendre longtemps avant de le maîtriser. Au cours de la lutte, il aurait, dit-il, pour paralyser les efforts de Sabaton, projeté ce dernier contre un lit en fer et l'aurait fait tomber à terre. C'est pendant cette résistance et dans sa chute que l'aliéné se serait blessé à la poitrine et ce ne serait qu'après être parvenu à l'attacher sur son lit, avec l'aide de l'infirmier Gorbero, que Barthélemy aurait pu passer à Sabaton le tricot de force. Mais ces allégations de Barthélemy sont démenties par l'information et il résulte des constatations médicales que Barthélemy a frappé Sabaton avec la dernière violence à la tête, à la poitrine et aux bras. Sabaton a eu sept côtes et le sternum fracturés. Ces traumatismes qui ont entraîné sa mort, le 26 décembre, n'ont pu, d'après le médecin légiste, être occasionnés par des chocs contre un lit ou dans une chute sur le sol. Ils proviennent de coups portés avec une extrême violence, au moyen d'un instrument contondant et il n'est pas douteux que sans raison plausible Barthélemy a porté ces coups à Sabaton et a ainsi causé sa mort.

Les renseignements recueillis sur Barthélemy ne lui sont pas précisément défavorables; cependant les directeurs des asiles de Montredon (Haute-Loire) et Mondevergues (Vaucluse), où il a servi précédemment, le représentent comme étant doué d'un caractère très vif et comme ayant le fâcheux penchant de boire immodérément.

L'inculpé se défend d'avoir frappé l'infortuné Sabaton et prétend que celui-ci s'est fait ses atroces blessures au cours de la lutte en se cognant contre les montants des lits de l'infirmerie. Il a été assailli, dit-il, par Sabaton, au moment où il mangeait dans le petit réfectoire attenant à la salle des malades. Sabaton serait venu sur lui armé d'une chaise et menaçant de l'en frapper. Barthélemy objecte qu'il n'était pas saoul ce soir-là et que sa victime dont il avait, deux jours auparavant, signalé à ses chefs l'état de surexcitation, avait été pris, à ce moment, d'une véritable crise de folie furieuse. « J'ai dû lutter pendant plus d'une demi-heure, assure-t-il. » Malheureusement, ses affirmations sont battues en brèche par le rapport très complet fait par M. le docteur Dufour qui déclare qu'il est impossible que les faits se soient passés comme l'indique Barthélemy.

Il a constaté sur Sabaton d'innombrables ecchymoses réparties sur toute la face antérieure de son corps. L'autopsie lui a révélé que le malheureux avait eu 14 côtes — et non 7 — littéralement enfoncées; les esquilles osseuses ont déchiré les poumons, causant une hémorragie interne considérable; de plus, le sternum avait été fracturé. Ces coups-là ne peuvent avoir été donnés dans les conditions indiquées par l'accusé. Selon lui, ils ont été portés directement et par un corps contondant, une chaise par exemple, ou tout bonnement avec les talons. Il croit que Sabaton a dû d'abord être à demi assommé à coups de chaise: puis, une fois à terre, littéralement criblé de coups de pied. La victime a été frappée avec une inconcevable sauvagerie. Et ce qui donne une force singulière aux arguments de l'honorable médecin-expert, c'est l'absence à peu près totale de traces de coups sur le corps de Barthélemy, chez lequel on n'a constaté que quelques écorchures insignifiantes, situées sur la face dorsale des deux mains. En cas de lutte, les marques des coups portés par Sabaton à son adversaire eussent été autrement graves et nombreuses qu'elles ne l'étaient au moment de l'examen médical. Il a été, en outre, surabondamment démontré aux débats, par l'attestation des membres du personnel de l'asile, que Sabaton n'était pas un agité furieux dont Barthélemy pouvait, à un moment quelconque, redouter les violences.

Cette affaire, aux débats de laquelle un très nombreux public s'est vivement intéressé, a donné lieu à un tournoi oratoire passionnant entre M. l'avocat général Vulliez et M^e Bagarry, défenseur de Barthélemy.

Indiquons que l'infirmier Gorlero, qui avait été tout d'abord impliqué dans les poursuites, a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu rendue en sa faveur par M. le juge d'instruction de Possel.

Après l'interrogatoire, l'audition des témoins, le réquisitoire et la plaidoirie, le jury rentre dans la salle des délibérations.

En vertu du verdict mitigé, rendu par le jury, la cour condamne Barthélemy, à trois ans de prison. (*Le Petit Marseillais*, numéro du mardi 28 mars 1905.)

FAITS DIVERS.

Une secte étrange. — On lit dans *Le Temps* (numéro du mardi 28 mars 1902.)

« Le vapeur allemand *Prinzess-Irene* a débarqué hier à New-York quatre-vingt-trois membres d'une secte étrange d'Australie qui s'en vont rejoindre quelques centaines de leurs coreligionnaires vivant en communauté avec un roi et une reine

à Benton-Harbor (Michigan), sous le nom d' « Enfants perdus d'Israël ».

« Les nouveaux venus portant, les hommes, une barbe descendant jusqu'aux genoux, les femmes, leurs cheveux flottants dans le dos, étaient bizarrement vêtus. On eût dit des êtres appartenant à l'humanité primitive.

« Ils ont à leur tête un certain Bissert qui fait remonter son origine aux rois de Galles d'il y a mille ans et paraissent pourvus d'amples ressources. Ils sont végétariens et attendent la fin du monde pour 1916 ».

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1906

PRIX AUBANEL. — 1.000 francs. — Question : *Valeur diagnostique des symptômes oculaires aux différentes périodes de la paralysie générale, appuyée surtout sur des observations personnelles.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX SEMELAIGNE. — 500 francs. — Question : *Des sorties à titre d'essai, au point de vue clinique, administratif et législatif.*

ANNÉE 1907

PRIX BELHOMME. — 1.000 francs. — Question : *De la démence épileptique chez les enfants et les adolescents.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX MOREAU (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1905 et en 1906, dans les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

NOTA. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1905 pour les prix à décerner en 1906, et le 31 décembre 1906 pour ceux à décerner en 1907, chez M. le Dr ANT. RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresse des auteurs.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XXI^e VOLUME DE LA HUITIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Psychologie physiologique.

	PAGES
Le langage intérieur (1 ^{er} article); par le Dr E. Bernard-Leroy. . .	353

II. — Pathologie.

Du délire de la convalescence dans la fièvre typhoïde; par le Dr C. Rougé	5, 177, et 376
La persistance des neurofibrilles dans la paralysie générale; par le Dr Dagonet.	26
Crime et folie chez les Hindous et les Birmans; par le Dr Em. Laurent.	30
Folie maniaque-dépressive; par le Dr Afranio-Peixoto.	202
Un cas de donromanie, ou impulsion à faire des cadeaux; par les Drs Lemoine et M. Page.	394

III. — Médecine légale.

L'affaire de l'asile des aliénés de Tours au point de vue médico-légal; par le Dr Paul Archambault.	53
Quelques mots sur les exhibitionnistes; par le Dr P. Hospital. . .	220
De la simulation des maladies mentales et nerveuses chez les enfants (1 ^{er} article); par le Dr Paul Moreau (de Tours).	402

IV. — Revue critique.

De la signification du poids du cerveau chez l'homme; ses rapports avec la profession, d'après les travaux du Dr Matiegka, de Prague; par le Dr A. Adam.	78
D'une prétendue entité morbide dite démence précoce; par le Dr Victor Parant.	229
Nouvelles recherches chimiques sur l'épilepsie; par le Dr Paul Maisoin.	416

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

Séance du 31 octobre 1904. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Brunet, Gimbal, Vernet, Saporito, Foerster,

- Massalongo, Del Greco. — Tentative de meurtre d'un aliéné sur M. Vallon : M. Christian. — Contribution à l'étiologie du syndrome de la démence précoce, par MM. Ronbinovitch et Phulpin. — La démence vésanique est-elle une démence ? par MM. Toulouse et Damaye. Discussion : MM. Christian, Arnaud, Deny, Toulouse, Dupré, Doutrebente. — Paralyse générale et pachyméningite gommeuse, par MM. Doutrebente et Marchand. Discussion : M. Doutrebente. — Un cas de pnérilisme mental chez une hystérique. Guérison par suggestion, par M. Raoul Leroy. Discussion : M. Dupré. — Curieux collectionnisme et moyens de protection chez une démente persécutée, par M. Raoul Leroy. Discussion : MM. Dupré, Christian. 95
- Séance du 28 novembre 1904.* — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Vallon, Marandon de Montyel, Rist, Masoin. — Attentat commis par un aliéné sur la fille de M. le Dr Picard, membre correspondant de la Société : M. Ritti. — Rapport de M. Antheaume sur la candidature de M. Georges Vernet ; élection. — Rapport de M. Kéraval sur la candidature de M. Förster ; élection. — Hallucinations auditives et surtout visuelles, durant plusieurs années chez un vieillard et aboutissant à la démence sénile, par M. L. Pron. — Un cas de délire chronique avec prédominance d'idées de négation, par MM. Marie et Viollet. 119
- Séance du 19 décembre 1904.* — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Marandon de Montyel, Georges Vernet, Förster, Paul Masoin, Al. Pilcz, Erwin Stransky. — Election du bureau de 1905. — Rapport de M. Arnaud sur la candidature de M. Filippo Saporito ; élection. — Les eschares dans la paralysie générale, par MM. A. Vigouroux et Saillant. Discussion : MM. Dupain, Vigouroux, Arnaud, Toulouse, Christian, Brunet. — Aliénés simulateurs, par M. A. Vigouroux. Discussion : MM. Legrain, Thivet, Colin, Vigouroux. — Aphasie motrice à répétition chez une morphinomane, par MM. P. Roy et P. Jannelier. Discussion : M. Ritti. 242
- Séance du 30 janvier 1905.* — Installation du bureau : MM. Brunet, Vallon, Briand. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Saporito, Sizaret, Bombarda, E. Masoin, Erwin Stransky, Chagnon, Esposito. — Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1905 et nomination des commissions des prix. — Rapport de la Commission des finances : M. Semelaigne. — Les neurofibrilles dans la paralysie générale (présentation de coupes), par MM. Gilbert Ballet et Laignel-Lavastine. — Observation d'une dipsomane, par M. Gimbal. Discussion : MM. Vallon, Gimbal. — Troubles psychiques d'origine probablement sulfo-carbonée, par MM. Halberstadt et J. Charpentier. Discussion : M. Vallon. 266
- Séance du 27 février 1905.* — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Bombarda, Dromard, Picqué, Buvat, Haskovec, Stransky, Al. Pilcz, Del Greco, Morselli, Briand. — Rapport de M. Antheaume sur la candidature de M. Sizaret ; élection. — Genèse du mensonge chez certains enfants mentalement anormaux, par MM. J. Philippe et G. Paul-Boncour. Discussion : MM. Dupré, Vallon, Philippe. 438
- Séance du 27 mars 1905.* — A propos du procès-verbal. Aliénés simulateurs : MM. Déricq, Vigouroux. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Charpentier, Marie, Sizaret, Victor Parent fils, Phulpin, Pron, Stransky, Haskovec. — Mort de M. Paul Garnier : MM. Vallon, Ritti. — Rapport de M. Antheaume sur la candidature de M. Buvat ; élection. — Rapport

de M. Ritti sur la candidature de M. Haskovec; élection. —	
La persistance des neurofibrilles dans la paralysie générale, par	
M. J. Dagonet. — Un cas d'inversion sexuelle, par MM. Anthéaume et Parrot. Discussion : MM. Ritti, Briand, Vigouroux,	
Boissier, Christian, Vallon, Bernard-Leroy.	449

II. — Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX FRANÇAIS (1902).

(Anal. par le Dr A. CULLERRE.)

Etude sur six cas de paralysie hystéro-alcoolique bénigne du	
membre supérieur	473
Obsession de la rougeur ou érythrophobie	473
Contribution à l'étude des réactions de la peau chez les aliénés. .	473
Sur la théorie de l'obsession.	474
Biographie d'une idée fixe; observation de Casper.	474
Contribution à l'étude de l'idiotie morale et en particulier du mensonge comme symptôme de cette forme mentale.	474 et 477
Note sur un cas d'hystéro-épilepsie à crises distinctes, avec ecchymoses spontanées et accès de fièvre hystérique	474
Observation d'hémimélie chez un aliéné.	475
Trois cas d'hémianopsie.	475
Contribution à la psychologie de la genèse des hallucinations psychomotrices.	476
Nouvelle contribution à l'étude de l'épilepsie vertigineuse et à son traitement par le bromure de camphre.	476
La paralysie générale d'après les données de la clinique psychiatrique de l'Université de Moscou.	476
Dépression kératique et états encéphalopathiques graves.	476
Contribution à l'étude de la folie communiquée et simultanée. .	477
Contribution à l'étude de la pathogénie des idées délirantes fondamentales, des idées directrices et des obsessions.	477
Recherches expérimentales sur la sensibilité olfactive dans la paralysie générale	477
Traitement des états d'agitation par le bain permanent.	478
Diète hypochlorurée dans le traitement bromique de l'épilepsie. .	478
Réflexe accommodateur étudié chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale.	478
Etats psychiques et maladies des voies génito-urinaires de l'homme. .	479
Insuffisance hépatique et délire.	479
La question de l'aphasie motrice sous-corticale.	480
Confusion mentale et syndrome cérébelleux au cours de l'urémie; excellent effet de la lombo-puncture.	480
Suites d'une fracture de la base du crâne; guérison apparente, mort après dix-sept ans dans la démence avec épilepsie totale. .	480
Des myopsychies : association des troubles musculaires et des troubles psychiques.	481
Contribution à la psycho-physiologie des mourants; deux cas de chorée chronique.	481
Nouvelle méthode de mensurations cérébrales; atrophie relative du lobe pariétal par rapport au lobe frontal dans la démence. .	481
Du parasite trouvé dans le sang des épileptiques.	482
Vitiligo chez une folle.	482
Résultats du traitement mercuriel intensif appliqué à la paralysie générale.	482
Paralysie générale à marche rapide avec crises d'angoisse.	483
Excitation sexuelle dans l'angoisse.	483

	PAGES
Traitement spécifique dans les maladies organiques des centres nerveux sans syphilis antérieure.	483
Syphilis cérébrale simulant une paralysie générale.	484
A propos de la chirurgie des aliénés.	484
Sur le paramyoclonie multiple.	484
Rapports de la fièvre typhoïde avec l'aliénation mentale.	484
Paralysie périodique familiale.	485
Les associations du torticolis mental.	487
De l'impuissance provoquée par l'abus du tabac.	487
Contribution à l'étude des troubles du langage par lésions de ses centres d'arrêt (Logorrhées de Pick)	488
Sur le gigantisme.	488

JOURNAUX ALLEMANDS (1903).

(Anal. par le D^r SOUTZO fils).

Sur le symptôme de Ganser et sa signification au point de vue légal.	136
Un cas de folie induite.	136
Sur quelques cas de simulation	137
La nouvelle section d'aliénés organisée auprès du pénitencier de Grandeuz	137
Contribution à la doctrine de la paranoïa.	137
La question de l'hypocondrie. Hypochondria cum materia.	138
Les exhibitionnistes devant la justice pénale.	138
Le poids du cerveau et de ses parties dans cent cas de démence paralytique	139
Sur les troubles psychiques à marche périodique.	139
Thérapie psychiatrique.	139
Atrophie unilatérale du cerveau avec atrophie croisée du cervelet dans un cas de paralysie progressive avec des symptômes en foyer.	140
Sur la démence précoce.	141
Contribution à l'étude de la paralysie générale. Longue durée et considérable rémission.	141
Traitement de la paralysie générale progressive et des psychoses toxiques et infectieuses par des injections de sérum.	142
Symptômes hystériques dans les affections organiques du cerveau.	142
Nos connaissances sur la constitution du cerveau.	143
Cas de psychose née par suite de mycosis fungoïde	143
Quelles sont les dispositions indispensables dans les asiles spéciaux pour les épileptiques?	143
Rapport médico-légal sur l'état mental de la femme X. Vols au cours d'une grossesse.	144
Les fngues morbides.	144
Les soins pour les enfants débiles de la Bavière.	144

JOURNAUX AMÉRICAINS (1901-1902)

(Anal. par le D^r V. PARANT.)

Les hallucinations : origines et variétés.	287
Résultats de cinq années de coopération entre asiles d'aliénés; cette coopération pourrait-elle s'étendre à d'autres institutions charitables?	287
Importance des laboratoires d'anatomie pathologique et de bactériologie dans les asiles d'aliénés.	288
Quelques points du traitement des aliénés chroniques.	288
Cas de mort par fracture du crâne, où la boîte crânienne était	

	PAGES
mince d'une manière anormale.	289
Thérapeutique mentale dans les maladies mentales et nerveuses.	289 et 290
Signes de dégénérescence et types d'aliénés criminels.	289 et 291
Dispensaire pour traitement des maladies mentales.	289
Essai du chlorétoxe.	290
Une consultation d'Esquirol.	290
Examen du contenu de l'estomac chez les aliénés.	290
Procès, exécution, autopsie et état mental de Léon Czolgosz, meurtrier du président Mac Kinley.	489 et 490
Méthodes d'hospitalisation des aliénés au XX ^e siècle.	490
Les hallucinations et les illusions.	491
Note sur le travail anatomo-clinique fait à l'asile d'aliénés d'Indépendance, Iowa.	491
Anatomie pathologique de la folie.	491
Etiologie de la paralysie générale.	492
Diagnostic précoce de la paralysie générale.	492
Fréquence comparée de la paralysie générale.	492
Traitement de la paralysie générale; ses règles et ses chances de succès.	493
Sur l'hérédité.	493
Sénilité et démence sénile.	493
Recherches sur l'élimination de l'indican, de l'acétone et de l'acide diacétique dans les diverses psychoses.	494
Le critérium de la folie et les problèmes de la psychiatrie.	494
Les psychoses de la fièvre typhoïde.	494
Quelques points du diagnostic de la démence précoce.	495
De quelques causes de mort dans la mélancolie.	495
Pratiques hydrothérapiques comme adjuvants du traitement de la folie.	496
La loi de mise en observation pour les aliénés criminels dans l'état de Vermont.	496
Des bons effets des conversations raisonnables sur les aliénés.	496
Les infirmiers des asiles d'aliénés.	496
La folie processive.	497
Assainissement des asiles d'aliénés en ce qui concerne les tuberculeux.	497
Résultats du traitement familial des aliénés dans l'Etat de Massachusetts.	497
La vie sous la tente pour les aliénés tuberculeux.	498
La vie sous la tente pour les aliénés déments et gâteux.	498
Folie sympathique chez deux sœurs jumelles.	498

JOURNAUX ITALIENS (1900-1901).

(Anal. par les Drs TH. TATY, CHARON et MICOULAU).

Recherches sur la résistance des globules rouges chez les aliénés.	145
Hérédité et alcoolisme.	145
Quelques stades de développement des cellules de la moelle épinière de l'homme.	146
Idees fixes de désagrégation psychologique.	146
La zone péri-nucléaire dans la cellule nerveuse.	146
Géographie psychologique du manteau cérébral et la doctrine de Flechsig.	146
Influence de l'électricité sur le développement des organismes animaux.	147
La paralysie générale progressive en Sardaigne.	147
Idiotie et Syndrome de Little.	148
L'hydromicrocéphalie.	148

	PAGES
Rythme naturel dans les muscles volontaires.	148
Recherches anatomo-pathologiques dans un cas d'épilepsie avec myoclonie.	149
Lésions des cellules nerveuses du cortex dans la folie pellagreuse.	149
Altérations du ganglion de Gasser consécutives à la section du nerf lingual.	149
Développement de la cellule nerveuse et canalicules de Holmgren.	150
Influence du cortex sur les mouvements respiratoires.	150
Chimisme stomacal dans la folie sensorielle, la manie et l'hystérie.	151
L'inhibition dans les maladies mentales.	291
L'excitabilité électrique neuro-musculaire dans les psychoses aiguës.	292
L'alcoolisme comme cause de la paralysie générale.	292
Pathologie du pont de Varole.	292
Ergographie du gastro-cnémien chez l'homme	293
Recherches expérimentales et cliniques sur l'action hypnotique de l'hédonal	293
Une forme spéciale de réaction électrique.	293
Etude sur la pathologie du ganglion ciliaire chez l'homme.	294
Réflexé plantaire, phénomène de Babinski et réflexe antagoniste de Schœfer	294
Nécessité de créer des écoles spéciales pour l'éducation des arriérés conformément aux exigences modernes.	294
Contribution à l'étude des atrophies musculaires progressives dans la vieillesse.	295
Pathogénie et classification des phrénasthénies.	295
Les cellules nerveuses géantes dans la régénération de la moelle spinale du triton.	296
Contribution à l'anatomie pathologique du tabes dorsal	296
La microphotographie appliquée à l'étude de la structure de la cellule des ganglions spinaux dans l'inanition.	296
Cas d'urticaire récidivante suivie de mélancolie avec tendance au suicide	297
Pression sanguine chez les épileptiques.	298
Rapport d'expertise au sujet d'un testament contesté.	298
La digestion gastrique dans la sitiophobie et son traitement.	299
L'excitabilité électrique des nerfs et des muscles dans les cas de contractures anciennes, consécutives à des lésions centrales ou périphériques	299
Perméabilité rénale au bleu de méthylène chez les épileptiques.	300
Cas de thymus persistant chez un homme de cinquante-deux ans.	300
Etudes cliniques et anatomo-pathologiques sur l'idiotie.	300
Altérations du sang par le froid.	301
L'individualité somato-psychique de la femme et ses troubles intellectuels.	302
Sur l'état actuel de la technique manicomiale.	305
Résistance à la putréfaction des éléments de divers tissus animaux	306
Traitement moral de l'accès psychopathique.	307
Affinité de certaines formes alcooliques avec l'épilepsie psychique.	308
Idiotie et athétose.	309
Apport à l'étude des atrophies musculaires consécutives aux traumatismes des nerfs périphériques.	309
Cas rare de polyencéphalomyélite.	312
A propos de testaments attaqués.	312
Altérations du manteau cérébral dans l'intoxication urineuse.	313
Psychose hystérique et myoclonie.	314
Valeur et limites de l'investigation psychologique dans les études de psychiatrie et d'anthropologie criminelle.	316
Forme spéciale de négativisme mnémonique.	317
Pathogénie de l'othématome chez les aliénés.	318

III. — Bibliographie.

	PAGES
Le langage intérieur et les paraphasies (la fonction endophasique); par le Dr G. Saint-Paul (Anal. par le Dr Ant. Ritti).	152
La rage expérimentale à virus fixe et ses lésions histologiques; par le Dr Charles Ladame (Anal. par le Dr G. Vernet).	155
Nouvelles recherches sur la diète hypochlorurée dans le traitement de l'épilepsie par les bromures; par les Drs L. Cappellati et A. d'Ormea (Anal. par le Dr Ph. Chaslin).	157
Guide pour l'examen anthropologique du dégénéré; par le Dr Salvatico Estense (Anal. par le Dr Ph. Chaslin).	167
De la présence et de la signification de la choline dans le liquide cérébro-spinal dans l'épilepsie et les maladies du système nerveux; par le Dr Julius Donath (Anal. par le Dr Ph. Chaslin).	158
Observations sur la pression sanguine chez les aliénés; par le Dr Rnsh Dunton (Anal. par le Dr Parant fils).	159
Traité de psychiatrie à l'usage des médecins et étudiants; par le professeur L. Bianchi (Anal. par le Dr Taty).	320
Nouvelles recherches chimiques sur l'épilepsie; par le Dr Paul Masoin (Anal. par le Dr A. Cullerre).	322
Revue des thèses de la Faculté de Lyon, année 1904; par le Dr Th. Taty.	328
La démence précoce; par le Dr Bernardo Etchepare (Anal. par le Dr Thivet).	328
Un second cas de démence précoce avec antopsie; par le Dr William Rush Dunton (Anal. par le Dr V. Parant fils).	331
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.	159, 332 et 499

IV. — Variétés.

Nominations et promotions : MM. Manpaté, Broquère, Pain, Nolé, Colin, Lépine, Cornu, Vernet, Lwoff, Tagnet, Trénel, Bonnet, Capgras, Dupain, Dezwarde, Antheaume, Christian. — Nécrologie : Dr Bécoulet. — Prix de l'Académie de médecine. — Les aliénés en liberté. — Faits divers.	161
Nominations et promotions : MM. Marie, Malfilâtre, Nicoulau, Gnyard, Tissot, Chevalier-Lavaure, Charon, Ligier, Monguel, Dubourdien, Croustel, Privat de Fortunié, Bécue, Biante, Dupain, Ramadier, Boiteux, Thivet, Santenoise. — Nécrologie : Campagne, Beugnies-Corbeau, Rebatel. — Les aliénés en liberté (suite). — Tribunaux. — Faits divers. — XV ^e Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes. Session de Rennes, 1 ^{er} an 7 août 1905. — Prix de la Société médico-psychologique, 1906.	334
Nominations et promotions : MM. Manpaté, Capgras, Rodiet, Bonnet, Legras, Dupré. — Séance solennelle et banquet de la Société médico-psychologique. — Nécrologie : Paul Garnier, Sanvet, Ligier. — Prix de l'Académie de Médecine. — Concours sur titres pour la nomination au poste de médecin-suppléant de la Maison nationale de Charenton. — Les aliénés en liberté (suite). — Tribunaux. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique, 1906 et 1907.	500
Table des matières du tome I ^{er} de la 9 ^e série.	522

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.